

BBABAC_5 – Bacheloroppgave med forskningsmetode

«Hvordan opplever miljøterapeuter at traumebevisst omsorg blir forstått og anvendt i praksis på en barnevernsinstitusjon?». – en kvalitativ studie



DET SAMFUNNSVITENSKAPELIGE FAKULTET

Bachelor i barnevern

Stavanger, 14. mai 2021.

Kandidatnummer: 5063

“A little knowledge is a dangerous ting” (Pope, 2014, s. 67).



Illustrasjon: Monica Hilsen

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	4
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	5
1.2	<i>Presentasjon av problemstilling og avgrensning</i>	6
1.3	<i>Begrepsavklaring</i>	7
1.3.1	<i>Miljøterapi</i>	7
1.3.2	<i>Traume og ulike typer traumer.....</i>	8
1.3.3	<i>Traumebevisst omsorg.....</i>	8
1.4	<i>Formål med oppgaven</i>	9
1.5	<i>Oppgavens disposisjon.....</i>	10
2	Metode.....	11
2.1	<i>Valg av metode og datainnsamling</i>	11
2.2	<i>Fremgangsmåte for intervju</i>	12
2.3	<i>Presentasjon av informanter</i>	13
2.4	<i>Litteratursøk og kildekritikk.....</i>	14
2.5	<i>Analyse</i>	17
2.6	<i>Forskningsetiske overveielser</i>	17
3	Teoretisk referanseramme	20
3.1	<i>Traumebevisstomsorg – De tre pilarene i traumebevisst omsorg</i>	20
3.1.1	<i>Trygghet.....</i>	20
3.1.2	<i>Relasjon.....</i>	21
3.1.3	<i>Følelsesregulering Affektregulering.....</i>	22
3.2	<i>Verktøy innen traumebevisst omsorg.....</i>	23
3.2.1	<i>Toleransevinduet</i>	23
3.3	<i>Omsorg og grensesetting i institusjonell sammenheng.....</i>	24
3.4	<i>Kritikk av traumebevisstomsorg</i>	25
3.5	<i>Refleksjon.....</i>	26
4	Presentasjon av funn og drøfting	28
4.1	<i>Alt er ikke traumer.....</i>	28
4.2	<i>«A little knowledge is a dangerous ting».....</i>	30
4.3	<i>Grensesetting som grunnmur i omsorgen</i>	32
4.4	<i>Veien videre</i>	34
4.4.1	<i>Andre metoder.....</i>	34
4.4.2	<i>Felles forståelse</i>	35

4.4.3	Refleksjon.....	36
5	Oppsummering og konklusjon.....	38
6	Tilbakeblikk på oppgaven.....	40
	Litteraturliste.....	41

Vedlegg

Vedlegg 1 – Forespørsel om å få gjennomføre intervju

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Vedlegg 3 – Frivillig informert samtykkeskriv

Vedlegg 4 Meldeskjema

Antall ord i oppgavebesvarelsen: 12 634

(NB! Ord på forsiden, innholdsfortegnelsen, litteraturlisten og vedleggene telles ikke med)

1 Innledning

Institusjonsbarnevernets historie er ikke bare noe å være stolt over. For bare hundre år siden, nærmere bestemt på 1900-tallet, ble fattiggutter som bodde på Bastøy skolehjem, utsatt for grusomme overgrep hvis de hadde vært ulydige. Dette for å gjøre dem til «skikkelige borgere» (Hansen & Jarlsbo, 2020, s. 21).

Mye har forandret seg i institusjonsbarnevern siden den gangen, feltet er blitt profesjonalisert. Regjeringen har jobbet med kompetanseheving, og det stilles i dag krav til kompetanse for å kunne jobbe på en barnevernsinstitusjon. I tillegg er det blitt utarbeidet lover og retningslinjer som alle miljøterapeuter skal innrette seg etter, og som skal sørge for at den sårbare gruppen, som av forskjellige grunner må bo på en barnevernsinstitusjon, blir beskyttet, og ikke minst tatt vare på, som for eksempel, vist ved «Forskrift 15. november 2011 nr. 1103 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barnevernsinstitusjon» (Hansen & Jarlsbo, 2020, s. 21).

Per dags dato har institusjonsbarnevernet likevel et stykke å gå. Rapporter viser at det er stort forbedringspotensial på området, og at det ennå er barn og unge som blir utsatt for omsorgssvikt under statens omsorg. Et godt eksempel på dette er «Glassjenta», saken om «Ida». En sak som har rystet hele Norge (Ergo, 2016). I tilsynsrapporten påpeker fylkesmannen at institusjonsbarnevernet har sviktet «Ida». Videre står det i rapporten: «at Ida ikke har fått ein oppvekst og ei omsorg som er i tråd med det vårt samfunn har slått fast at barn skal ha» (Fylkesmannen i Hordaland, Rogaland og Troms, 2016, s. 6).

Dagens institusjonsbarnevern er preget av økt kompetanseheving og stadig nye metoder og tilnærminger, med hensikt for å hjelpe utsatte barn og unge som trenger det mest. En av tilnærmingene som har vært fremtredende de siste årene på institusjonsområdet er «traumebevisst omsorg». Begrepet er velkjent i flere engelsktalende land som for eksempel USA, Australia og England. Traumesensitiv praksis finner sin grunnmur i kunnskap om hvordan vår hjerne blir påvirket av traumer, og hvilke spesielle behov barn og ungdom, som er blitt utsatt for traume har (Andresen, 2014, s. 54-55). Målsettingen med tilnærmingen er å anerkjenne barnets følelser, og ikke minst, hjelpe barnet med konsekvensene av komplekse

traumer¹ (Andersen, 2014, s. 57; Søftestad, 2018, s. 87). I denne oppgaven skal jeg se på hvordan «traumebevisst omsorg» blir anvendt og forstått i praksis. Videre skal jeg se på om traumesensitiv tilnærming påvirker bruken av grenser og konsekvenser, og hvilke begrensninger som knytter seg til bruken av traumebevisst arbeid.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I tråd med vanlig praksis på barnevernsstudie ved Universitetet i Stavanger skulle jeg tilbringe seks måneder i praksis på en barnevernsinstitusjon. Der ble jeg for andre gang introdusert for begrepet «traumebevisst omsorg». Første gang jeg støttet på begrepet «traumebevisst omsorg» var i boken «Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi» skrevet av førstelektor Leif A. Helgensen i første klasse, og ble med en gang interessert i å få mer kunnskap om denne tilnærmingen. Jeg var interessert i å få se hvordan forståelsesrammen ble anvendt i praksis, og ikke minst, om tilnærmingen egnet seg til å få en forandring hos barn og ungdommer som er blitt utsatt for traume, som for eksempel mishandling. Av den grunn satte jeg institusjon på 1. plass på min ønskeliste om praksisplass.

Etter å ha vært i praksis en stund la jeg merke til at «traumebevisst omsorg» ofte ble brukt som forklaring når ungdommene for eksempel ble utagerende, avvisende, snakket stygt med personal med mer. Etter hvert begynte jeg å undre meg hvordan vi bruker kunnskap om «traumebevisst omsorg» i det daglige møte med ungdommene. Brukes tilnærmingen som begrunnelse på ting som egentlig ikke har noe å gjøre med traumer? Det er mange, ifølge Bath (2017), som hevder at det store fokuset på traumer, har ført til at tilnærmingen «traumebevisst omsorg» brukes som forklaring for alt som er vondt og vanskelig, som for eksempel, utagering (Bath, 2017, s. 8).

Videre har jeg undret meg om bruken av «traumebevisst omsorg» gjør slik at konsekvenser og grenser uteblir, hvilken forståelse vi har for traumesensitiv praksis, samt hvorfor vi anvender traumesensitiv tilnærming så forskjellig. Kanskje har det å gjøre med at traumesensitiv praksis ble innført så raskt at enkelte institusjoner har vært usikre på hva de har lov til og hva de ikke har lov til (Hansen & Jarlsbo s. 25). Dette kan i sin tur ha ført til at

¹ Komplekse traumer innebærer konstant utsettelse for hendelser som skaper utrygghet, eksempelvis vedvarende omsorgssvikt, overgrep og så videre (Jørgensen & Lillevik, 2014, s. 187)

den enkelte miljøterapeuten ble usikker på hva tilnærmingen «traumebevisst omsorg» egentlig står for, og dermed blir ubevisst ettergivende med gode intensjoner om å hjelpe ungdommene.

1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning

En barnevernsinstitusjon skal legge til rette for at barn og unge som bor på institusjonen får forsvarlig omsorg og behandling. Institusjonen har ansvar for å dekke barns grunnleggende behov den tiden de bor der. Statlig barnevernmyndighet har i kraft av å være eier og ansvarlig for etablering av drift av barnevernsinstitusjoner jf. lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100 (barnevernloven) § 5-1, ansvar for at barnevernsinstitusjoner driver i samsvar med barnevernloven og forskrifter gitt med hjemmel i barnevernloven (Barne- og likestillingsdepartementet, 2018, s. 4).

Innføringen av «traumebevisst omsorg» utgjør et paradigmeskifte på traumeområdet i institusjonsbarnevernet. Den har hjulpet miljøterapeuter å se traumeutsatte barn og unge i et helt nytt lys. Traumesensitiv tilnærming har gitt miljøterapeuter og institusjonsbarnevernet bedre forståelse for barn og ungdom som er blitt utsatt for «traumer» og har blitt tatt i bruk på de fleste barnevernsinstitusjoner her til lands (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 6).

Rapporter viser på den andre siden at «Traumebevisst omsorg» i institusjonsbarnevernet har ført til at enkelte institusjoner ikke helt har forstått hva tilnærmingen innebærer (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2018). I de senere årene har det derfor ofte blitt stilt spørsmålstegn ved bruken av traumesensitiv tilnærming, og hvorfor forskjellige institusjoner har anvendt «traumebevisst omsorg» så forskjellig (Hansen & Jarlsbo, 2020, s. 25).

Hansen & Jarlsbo (2018) publiserte i Dagbladet en artikkel med overskrift «Heroinssprøyter, narkofest og luksusbiler. Legges ned etter knusende rapport» som satte søkelys på grusomme forhold på Vestlundveien ungdomssenter (Hansen & Jarlsbo, 2018). Det kommer frem i rapporten at ungdommene ikke har fått forsvarlig behandling på ungdomssenteret (Barne- og likestillingsdepartementet, 2018, s. 28). Ungdomssenteret i Bergen var stolt over å kunne påpeke at de var den første barnevernsinstitusjonen i Norge som har tatt i bruk «traumebevisst omsorg». I ettertid viste det seg at ungdommer som bodde på ungdomssenteret misbrukte rusmidler mens de bodde der, fordi personalet trodde at tvangsbruk kunne virke re-traumatiserende, og ventet til at ungdommer ga beskjed når de ruset seg (Hansen & Jarlsbo, 2020, s. 26).

Traumebevisst tilnærming er en forståelsesramme som kan brukes i mange forskjellige sammenhenger, som for eksempel på barnevernsinstitusjon, skole, barnehage, fosterhjem og så videre. Men for å begrense oppgavens omfang, har fokuset blitt rettet mot hvordan «traumebevisst omsorg» blir brukt på en barnevernsinstitusjon.

Prosjektet skal svare på følgende problemstilling:

«Hvordan opplever miljøterapeuter at «traumebevisst omsorg» blir forstått og anvendt i praksis på en barnevernsinstitusjon?».

Jeg vil svare på problemstillingen min ved hjelp av følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke begrensninger møter miljøterapeuter i bruken av «traumebevisst omsorg»?
2. Hvordan opplever miljøterapeuter at «traumebevisst omsorg» påvirker grensesetting og konsekvenser?

1.3 Begrepsavklaring

I det følgende skal jeg med bruk av teori og eksempler gå nærmere inn på begrepene: «miljøterapi», «traume» og «traumebevisst omsorg».

1.3.1 Miljøterapi

Ordet «miljøterapi» kommer ifølge Larsen (2012) av to ord «miljø» og «terapi». «Miljødelen» innebærer hvordan en barnevernsinstitusjon er organisert, og alle de fysiske og sosiale vilkår som er til stede, mens «terapidelen» handler om utvikling og om hvordan vi kan skape varige endringer i felleskap med ungdommene. «Miljøterapi» handler, med andre ord, om å skape gode rammer som gir anledning for ungdommene å jobbe med sin personlige vekst og forandring, samt hvordan miljøet kan tilrettelegges for endring og utvikling (Larsen, 2012, s. 102-103; Larsen, 2018). Miljøterapeutisk arbeid utøves av en gruppe personell som betegnes som miljøterapeuter, overfor en gruppe brukere der målet er å få frem brukerens utvikling eller bedring. Det er møter mellom miljøterapeuter og brukere, og aktiviteter i felleskapet som er avgjørende i miljøterapi (Skårderud & Sommerfeld, 2016, s. 18). Det er en prosess som barnet eller ungdommen selv må ønske å gjennomføre, men det er oss voksne

som har ansvar til å skape muligheter for at de forandringene skal kunne skje (Larsen, 2012, s. 104; Larsen, 2018).

1.3.2 Traume og ulike typer traumer

«Traume» kan defineres som:

Hendelser som følelsesmessig ikke er integrert i psyken som «noe som skjedde, og som gjorde meg vondt». Traume er ikke selve hendelsen, men reaksjonen på hendelsen. Traume er altså ikke omfanget av hendelsen, men omfanget av den effekten som hendelsen har på personer (Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 241).

Helgensen (2018) skiller mellom to hovedtyper traumer. «*Single trauma*» eller «*type 1-traume*» og «*komplekse traumer*» eller «*type 2-traumer*». «*Single trauma*» eller «*type 1-trauma*» er enkeltstående trauma, med andre ord, en hendelse som skjer og ikke repeterer seg, eksempelvis, naturkatastrofer, ran og så videre. «*Komplekse traumer*» eller «*type 2-traumer*», innebærer hendelser som gjentar seg, for eksempel krigsopplevelser, repeterende seksuelle overgrep og så videre (Helgensen, 2018, s. 225). «*Komplekse traumer*» som barn blir utsatt for under utviklingen, kalles «*utviklingstraumer*». «*Utviklingstraumer*» innebærer konstant utsettelse for hendelser som skaper utrygghet, eksempelvis vedvarende omsorgssvikt, overgrep og så videre (Helgensen, 2018, s. 225). Barnet utsettes for krenkende eller skremmende opplevelser, eller at deres sentrale behov blir ikke møtt, og dette begynner tidlig i barnets liv. Det ligger i betegnelsen «*utviklingstraume*» at barnets utvikling påvirkes og, ikke minst, skades (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 1).

Ifølge Nordanger & Braarud (2014) innebærer «*utviklingstraumer*» konstant eksponering for «traumatisk stress kombinert med sviktende andre – regulering av affekt.

«*Utviklingstraumer*» fører ofte til «*reguleringsproblemer*» som innebærer at barnet for eksempel har vansker med å styre sine egne følelser eller med å forstå seg selv. Utviklings – og traume psykologien er blitt ganske integrerte disipliner de siste årene (Nordanger & Braarud, 2014, s. 531)

1.3.3 Traumebevisst omsorg

Hopper et al. (2010) definerer «*traumebevisst omsorg*» som følgende:

Traumebevisst omsorg er et styrkebasert rammeverk som er forankret i en forståelse av og respons på virkninger av traumer. Den legger vekt på fysisk, psykisk og følelsesmessig trygghet for både omsorgspersonen og den traumatiserende, og har til hensikt å skape muligheter for den traumatiserte til å gjenoppbygge kontroll og mestring av egne indre og ytre livsbetingelser (Hopper et al., 2010, s. 82).

«Traumebevisst omsorg» er en forståelsesramme som ifølge Jørgensen & Steinkopf (2013) er blitt omtalt med stor interesse internasjonalt. Traumesensitiv tilnærming brukes mot barn og ungdommer som er blitt utsatt for både «traumer» og «komplekse traumer», eksempelvis seksuelle overgrep, se ovenfor. Begrepet «traumebevisst omsorg» innebærer en helt ny oppfatning av traumer og bygger på hvordan traumatiske opplevelser påvirker barn og unges utvikling og ikke minst fungering i det daglige livet (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 1).

Jørgensen & Steinkopf (2013) peker på videre at traumesensitiv tilnærming skal bidra til å kartlegge traumerelaterte plager hos barn og ungdom. «Traumebevisst omsorg» er ikke minst opptatt av hvorfor traumeutsatte barn reagerer som de gjør, og at det alltid finnes en god grunn hvorfor barn og ungdommer reagerer som de gjør. Ifølge tilnærmingen skal en alltid se bak atferden, og prøve å forstå hva atferden er uttrykk for, jf. smerteuttrykk. Med Smerteuttrykk menes det atferd som utvikles hos barn som er blitt utsatt for «traumer», eksempelvis omsorgssvikt. I tråd med dette skal hjelpere være rettet mot å bli kjent med den enkeltes ungdoms situasjon for å forstå hva som «gjemmer seg» bak hans/hennes atferd (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 10). Bath (2008; 2015) har formulert tre sentrale grunnpilarer som skulle danne grunnlaget i arbeid med traumeutsatte barn. Disse er: *trygghet, relasjon og følelsesregulering* (Bath, 2008, s. 17-22; Bath, 2015 s. 5-12). Disse skal vi se nærmere på i kapittel 3 av oppgaven.

1.4 Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er å sette søkelys på hvordan miljøterapeuter opplever at «traumebevisst omsorg» blir anvendt og forstått i praksis på en barnevernsinstitusjon. Jeg ønsker videre å bidra til å belyse hvilke begrensninger og muligheter som knytter seg til anvendelsen av traumesensitiv tilnærming. I tillegg ønsker jeg å se nærmere på hvordan bruken av konsekvenser og grenser fungerer i det daglige, med andre ord, om tilnærmingen påvirker grensesettingen, og eventuelt hvordan. Hensikten med oppgaven er å fremheve noen spørsmål, som skal være med på å få frem ny kunnskap som kan være nyttig for feltet.

1.5 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 starter jeg med å beskrive hva metode er, og hvilken metode og datainnsamling jeg har benyttet meg av. Deretter forklarer jeg fremgangsmåten for intervju og presentasjon av informantene. På slutten av kapitlet tar jeg opp kildekritikk samt forskningsetiske overveielser. Kapittel 3 tar for seg relevant teori for å belyse problemstillingen. Her tar jeg opp de tre pilarene i «traumebevisst omsorg». Videre går jeg inn på omsorg og grensesetting i institusjonell sammenheng, for å avrunde kapitlet med kritikk av traumesensitiv tilnærming og refleksjon som en viktig del av praksisutøvelsen på en barnevernsinstitusjon. I Kapittel 4 setter jeg relevant teori opp mot funnene i min forskning. Kapitlets hensikt er å belyse hvordan traumesensitiv tilnærming fungerer i praksis. Vi skal se nærmere på hvordan traumebevisst tilnærming blir forstått i praksis og hvilke begrensinger som knytter seg til praksisutøvelsen. Oppgaven blir avrundet med en oppsummering og konklusjon i kapitel 5, og tilbakeblikk på oppgaven i kapittel 7.

2 Metode

Kapittelet starter med en redegjørelse av metode, og hvilke datainnsamlingsmetoder som finnes, for å deretter gjøre rede for hvilken metode jeg har bestemt meg å anvende i mitt prosjekt. Videre skal jeg gjøre rede for hvordan fremgangsmåten for intervju var og deretter presentere informanter. Kapittelet blir avrundet med kildekritikk og forskningsetiske overveielser.

2.1 Valg av metode og datainnsamling

«Metode er veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 140). Metode er med andre ord et redskap vi bruker for å løse et problem og for å komme frem til ny kunnskap (Aubert, 1985, s. 196 i Dalland, 2017, s. 51). Den skal hjelpe oss til å samle den informasjonen vi trenger for å belyse problemstillingen vår. Vi skiller mellom *kvalitativ* og *kvantitativ* metode. *Kvantitativ* metode er basert på talldata, og går i bredden, mens *kvalitativ* data er basert på tekstdata, og går i dybden (Dalland, 2017, s. 51-53). Både *kvalitativ* og *kvantitativ* data egner seg for å få bedre innsikt i ulike fenomener i vårt samfunn (Dalland, 2020, s. 54). Ifølge Skilbrei (2019) skal avgjørelsen om å gjennomføre *kvalitativ* eller *kvantitativ* metode, handle om spørsmålene er orientert mot kvalitet eller kvantitet, med andre ord om, spørsmålene er orientert mot statistiske sammenhenger eller meningssammenhenger (Skilbrei, 2019, s. 14). *Kvalitativ* metode egner seg best for å fange opp meninger og ikke minst opplevelser (Dalland, 2017, s. 54).

Med utgangspunktet i teorien har jeg bestemt meg om å gjennomføre *kvalitativ* metode. Grunnen for at jeg har bestemt meg om å gjennomføre *kvalitativ* metode er, *kvalitativ*metodes dybdeaspekten. Metoden egner seg bra for å få bedre forståelse om forskjellige fenomener, noe som er målet med min studie. Spørsmålene mine er rettet mot meningssammenhenger, og målet i oppgaven min er å fange opp meninger og personlige opplevelser.

Kvalitativ data kan ifølge Skilbrei (2019) samles på forskjellige måter; *observasjon*, *intervju* og *tekstanalyse*. *Observasjon* kan være *deltakende* og *ikke deltakende*, mens *intervju* kan bli gjennomført individuelt og med grupper (Skilbrei, 2019, s. 57-72). Jeg har valgt å

gjennomføre individuelt intervju, et intervju som egner seg best for å fange opp en persons erfaringer, og ikke minst å avsløre ens opplevelse av verden gjennom å samtale med dem (Kvale & Brinkman, 2018, s. 20). *Det individuelle intervjuet* kan brukes både for å få kunnskap om nåtiden, fortiden og fremtiden. Målet ved å gjennomføre et *individuelt intervju* er å få frem en konklusjon som gjelder flere. *Individuelle intervju* kalles ofte *dybdeintervjuer* (Skilbrei, 2019, s. 65-67). Vi skiller mellom *strukturert*, *semistrukturert* og *ustrukturert* intervju (Postholm, 2020, s. 69-74; Skilbrei, 2019, s. 68).

Siden jeg ønsket å få mer kunnskap om hvordan miljøterapeuter forstår traumebevisst omsorg og hvilke begrensninger knytter seg til traumesensitiv praksis, valgte jeg å benytte meg av åpent og semistrukturert kvalitativt intervju. I utgangspunktet valgte jeg semistrukturert intervju fordi det tillater meg mer frihet og fleksibilitet og åpner opp for å få et mer detaljert og variert empirisk materiale, og ikke minst fordi, det åpner for innspill fra selve deltakerne.

2.2 Fremgangsmåte for intervju

Først tok jeg kontakt med avdelingslederen på den institusjonen jeg hadde praksis på for å sjekke om de var villige til å delta i prosjektet mitt. Jeg sendte et informasjonsskriv med forespørsel om å få gjennomføre 2 – 3 intervjuer. Svaret jeg fikk var at han i utgangspunktet var positiv til prosjektet mitt, og at jeg hadde et spennende og relevant tema. Derfor fikk jeg hans tillatelse, men jeg skulle selv ta kontakt med de ansatte og sjekke om noen var villig til å stille opp til intervju. To miljøterapeuter ga meg positiv tilbakemelding, og ønsket å stille opp.

For å kunne gjennomføre intervju, måtte jeg, blant annet, melde prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), noe jeg gjorde i midten av februar. Intervjuene jeg planla var meldepliktige fordi jeg skulle behandle personidentifiserende opplysninger, så jeg måtte fylle ut meldeskjema, og sende det inn. For å kunne sende inn meldeskjema, måtte jeg utarbeide forespørsel om å gjennomføre intervju (vedlegg 1), intervjuguide (vedlegg 2), samtykkeskjema (vedlegg 3) og meldeskjema (vedlegg 4).

Jeg henvendte meg også til to andre barnevernsinstitusjoner siden jeg kunne tenke meg å sammenligne hvordan miljøterapeuter på andre institusjoner opplever å bruke traumesensitiv

tilnærming. Men de var dessverre ikke villige til å stille opp på grunn av den nåværende situasjonen med korona.

Intervjuguiden ble brukt som en veileder for å være sikker at jeg får belyst problemstillingen min på best mulig måte. Siden jeg har valgt å gjennomføre semistrukturert intervju, som gir rom for å ta opp spørsmål som ikke er med i intervjuguiden, tok informantene initiativ og kom opp med enkelte spørsmål og tema. Deltakerne fikk velge selv hvor intervjuene skulle gjennomføres (på arbeidsplass, kafé med mer). For å kunne fokusere på informantene og intervjuet, ble intervjuene tatt opp med lydopptak på diktafon. Deretter ble intervjuene transkribert for så å bli analysert og slettet.

2.3 Presentasjon av informanter

Utvalg av informantene innebærer at personer som skal intervjues, skal ha nødvendige kvalifikasjoner og egenskaper. (Thargaard, 2018, s. 54). Mine valg i dette tilfelle ble styrt av relevant teori og jeg har benyttet meg av strategisk utvelgning som innebærer at jeg har systematisk valgt personer som har de kvalifikasjonene som er hensiktsmessig for problemstillingen (Thaargard, 2018, s. 54). Det innebar at jeg ville intervju personer som har erfaring med å anvende traumebevisst praksis i det daglige, og hvile begrensninger fører bruken av traumesensitiv tilnærming med seg.

Til sammen ble to kvinner i alderen 30 – 40 år intervjuet. Jeg hadde ingen andre kriterier for alder enn at de måtte være fylt 18 år. Begge informantene jeg har valgt å intervju har lang erfaring med å jobbe på barnevernsinstitusjon samt med traumebevisst omsorg. Den ene informanten har ni års erfaring med å jobbe traumebevisst, mens den andre har ti års erfaring.

Jeg har valgt å intervju miljøterapeuter. Grunnen for at jeg har valgt å rette fokuset bare på miljøterapeuter er deres teoretiske kunnskap² som de bør ha, ettersom de har tatt enten femårig eller treårig utdanning som er relevant for mitt sosialfaglige felt, og deres kjennskap til begrensninger som oppstår i den daglige bruken av traumesensitiv tilnærming. En annen grunn for at jeg har valgt miljøterapeuter, er fordi de er ute i miljøet, de møter ungdommene i

² Teoretisk kunnskap eller påstandskunnskap er den typen kunnskapen som en tilegner seg gjennom bøker. Det er den kunnskapen vi lærer oss på skole eller i utdanningen (Tønnesen, 2018, s. 132).

det daglige og har erfaring med å bruke traumebevisst praksis. Det ville vært interessant å inkludere assistenter og få høre hvordan de, som ikke har fått teoretisk kunnskap, forstår og opplever traumebevisst omsorg om de har samme forståelse for traumebevisst praksis som miljøterapeuter. De har ofte mye kunnskap og erfaring, men de har ofte mye taus kunnskap³ som er vanskelig å sette ord på, noe som kunne påvirke mine data. Av den grunn, og for at jeg måtte begrense omfanget har jeg valgt å prioritere miljøterapeuter.

Det ville også vært interessant å høre hva ungdommene hadde å si om hvordan de opplever traumesensitiv tilnærming, hva er deres forventninger til miljøterapeuter, og ikke minst hvordan de opplever den hjelpen de får. Siden det er en sårbar gruppe kunne det ført til at de hadde gjennomgått vonde opplevelser på nytt, jf. re-traumatisering⁴. Jeg tok i betraktning om formålet med oppgaven veier tyngre enn konsekvensene det kunne føre ved å intervju ungdommene, og konkluderte at dette ikke var hensiktsmessig.

2.4 Litteratursøk og kildekritikk

Dalland & Trygstad (2017) definerer kildekritikk som en metode en bruker for å finne ut om en kilde er valid. Det innebærer at vi vurderer de kildene vi bruker i oppgaven. Det å være kildekritisk handler både om å finne frem den litteraturen som er aktuell for å belyse min problemstilling, og om å kunne gjøre rede for den litteraturen som er blitt anvendt i oppgaven (Dalland & Trygstad, 2017, s. 143-153). Ved å være kildekritisk, skal en vise at en klarer å forholde seg kritisk til de kildene en bruker i oppgaven sin, og ikke minst, hvilke krav en har stilt til utvelgelsen. Videre påpeker Dalland & Trygstad (2017) at for å komme frem til det en syns er best for å belyse et tema, skal en se på både *validitet*, *holdbarhet* og *relevans*. *Relevans* går ut på om den enkelte kilden, belyser ens problemstilling, mens *validitet* og *holdbarhet* innebærer hvor troverdig, med andre ord, valid kilden er, og hvor ekte, med andre ord, holdbar en kilde er (Dalland & Trygstad, 2017, s. 159). Validitet skal bestrebes ved å kontrollere både funnenes pålitelighet, sannsynlighet og ikke minst troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 279). På den andre siden påstår noen kvalitative forskere at *validitet* hindrer de «i å få en kreativ og frigjørende forskning» (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 275).

³ Taus kunnskap er kunnskapen som vi ofte vet at vi har, men er vanskelig å beskrive med bruk av ord, eksempelvis, svømme. Den type kunnskapen tilegnes både gjennom erfaring og praksis, kombineres med teoretisk kunnskap, og formidles gjennom praktisk handling (Toppør, 1996, s. 7)

⁴ Re-traumatisering innebærer at et barn som er blitt utsatt for traume, kan få det vondt ved å bli minnet på det vonde barnet hadde opplevd, for eksempel et spørsmål eller en lyd kan aktivere de vonde minnene (Benum, 2014, s. 352)

Kildesøkingen startet med å ta utgangspunkt i pensumslitteratur for å minne meg på hva jeg allerede har tilegnet meg om traumesensitiv tilnærming i løpet av studietiden.

Pensumslitteratur var et godt utgangspunkt for å hjelpe meg til å skaffe meg nye kilder.

Traumebevisst praksis er blitt nevnt flere plasser i lærebøkene, så jeg har benyttet meg av de bøkene for å komme meg videre på veien til å finne nye kilder. En av bøkene jeg brukte var «*Miljøterapi i barnevernsinstitusjon: Juridiske, teoretiske og praktiske perspektiver*» kapittel 10. I referanselisten i dette kapittelet fant jeg flere relevante artikler både på norsk og engelsk, blant annet «*The three pillars of Trauma Wise Care*» (Bath, 2015) og «*Traumebevisst omsorg. Fosterhjemskontakt*» (Steinkopf & Jørgensen, 2013).

Videre har jeg benyttet meg av *Oria.no*. *Oria.no* er «metadatabase» som består av mange kildetyper, som for eksempel bøker, artikler og student oppgaver (Thidemann, 2019, s. 59).

Med søkeordet «*traumebevisst omsorg*» fikk jeg 27 treff, av dette var 11 fagfelleverdert.

Siden «*traumebevisst omsorg*» er en relativt ny tilnærming fikk jeg ikke så mange treff på søkeordet «*traumebevisst omsorg*». Det kom opp noen avhandlinger som har vært

behjelpelige i den forstand at jeg brukte dem for å finne flere primærkilder på området, noe Dalland (2017) påstår gjør oppgaven mer gyldig (Dalland, 2017). I et utvidet søk på engelsk, også på søkemotoren *oria.no*, med søkeordene «*Trauma Informed Care and Child Welfare*» fikk jeg 25 784 treff av de var 21 164 fagfelleverdert. For å avgrense enda mer, og å få nyere forskning på området, avgrenset jeg søket på de siste fem årene, og da fikk jeg 13 122 treff av de var 11 073 fagfelleverdert.

Underveis i praksis perioden fikk vi opplæring i traumebevisst omsorg. Jeg brukte dette opplæringsheftet for å utvide søket mitt og ikke minst finne mer litteratur på området. Der ble det presentert noen videoer som Regional ressurscenter om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging RTVS Sør. På RTVS Sør sine sider fant jeg blant annet «*Howard Bath vil normalisering*» (Dønnestad, 2016). RTVS Sør har hatt sentral rolle i utvikling traumesensitivt barnevern (Rosten, 2020, s. 243).

Som nevnt tidligere i oppgaven hadde jeg praksis på barnevernsinstitusjon og dermed har jeg tilegnet meg en del kunnskap om traumesensitiv tilnærming. Min egen erfaring som kilde kan

føre til at jeg har en for-forståelse⁵ som kan påvirke utfallet av prosjektet mitt. Det innebærer at da jeg var i praksis på institusjonen, opparbeidet jeg allerede noen meninger eller fordommer om hvordan tilnærmingen blir anvendt i praksis, og ikke minst hvilke begrensninger som knytter seg til bruken av den, som for eksempel, at jeg mener at traumesensitiv praksis i stor grad påvirker grensesetting. Dette kunne føre til at jeg allerede har noen klare svar. Gjennom hele prosessen har jeg reflektert over min for-forståelse og vært bevisst på at den finnes. Så lenge jeg var bevisst på min for-forståelse, kan den anvendes til nytte.

Et av prosjektets begrensninger er antall informanter, noe som gjør det vanskelig å generalisere resultatene. Utvalget består av bare to informanter, og informantene jobber på samme barnevernsinstitusjon. Det innebærer at de er sosialisert i samme organisasjons kultur⁶. På grunn av den nåværende situasjonen med utbruddet av covid-19 virus, fikk jeg ikke tak i flere informanter. Ved å intervju enda flere hadde studien min fått mer bredde fordi jeg hadde fått andre meninger og synspunkter. Da ville problemstillingen blitt belyst fra flere sider og mer dybde.

Utover dette har jeg tatt kontakt med Heine Steinkopf, som er fagleder for «*Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmord RVT Sør*». Jeg sendte en e-mail for å spørre om tips til nyere forskning. Han tipset meg om to forskningsartikler: “*Child Welfare, Juvenile Justice, Mental Health, and Education Providers` Conceptualizations of Trauma – Informed Practice*” (Donisch, Bray & Gewirtz, 2016) og “*How do staff in residential care transform Trauma – Informed principles into practice? A qualitative study from a Norwegian child welfare context*” (Steinkopf, Nordanger, Stige & Milde, 2020). Begge artiklene er nye forskning på området og har hatt betydelig bidrag til å belyse problemstillingen min.

⁵ For-forståelse innebærer: «de brillene vi alltid har på oss, og som farger alt vi ser». For-forståelse består av blant annet, verdier, normer og måter vi tenker på (Røkenes & Hansen, 2017, s. 153).

⁶ Organisasjonskultur er et mønster som blir utviklet av en gruppe. Den blir til ved at en gruppe ansatte over tid får felles erfaringer, som etter hvert overføres til nye medlemmer, siden blir det oppfattet som den riktige måten å være på, å handle på og så videre. Organisasjonskultur går i arv og er vanskelig å bli forandret på uten aktiv påvirkning (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 94; Flermoen, 2016, s. 87).

2.5 Analyse

Analyse handler om å skape mening av den innsamlede data, og anvende den til å besvare studiens problemstilling (Skilbrei, 2019, s. 171). Selv om analysen foregår gjennom hele prosessen, kommer den mer i fokus etter at datainnsamlingen er gjennomført (Postholm, 2020, s. 86). Det finnes tre forskjellige måter å gjennomføre analyse: tekstreduksjon, å kode materialet, og å utvikle typologier og kategorier. Alle går ut på å forenkle datamateriale (Skilbrei, 2019, s. 182). Jeg har benyttet meg av koding i oppgaven min. Koding handler om å se etter mønstre i de temaene som dukker opp i intervjuene, og se om det er sammenkobling mellom de temaene. Forskere benytter seg av koding for å systematisere datamaterialene. Koding innebærer videre å lese nøye hver eneste setning i datainnsamlingen. I tilfeller der forskeren bestemmer seg om å kode, anbefaler Skilbrei (2019) å starte analyseprosessen med å kode de temaene som er blitt tatt opp i selve intervjuene (Skilbrei, 2019, s. 185).

Jeg startet analyseprosessen min med å kode temaer som er blitt tatt opp i intervjuene, se vedlegg 2, for å deretter plukke ut temaer, og se etter mønstre. De temaene som gjentok seg plasserte jeg i samme kategori, noe som hjalp meg til å få oversikt over sentrale temaer, som jeg senere brukte som overskrifter i drøftingen min.

2.6 Forskningsetiske overveielser

Kvale & Brinkmann (2018) påpeker at «en intervjuundersøkelse er en moralsk undersøkelse». «*Moral*» kommer fra det latinske ordet *mores* som betyr karakter, skikk eller vane. Det er ikke av betydning å skille mellom *etikk* og *moral*⁷ i denne sammenhengen. En utfordring i den kvalitative forskningen kan være ønsket om å få ny kunnskap på den ene siden og ta etiske hensyn på den andre (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 95-96). Etiske dilemmaer i forskningsprosessen kan oppstå av forskjellige grunner. En intervjuforskning blir ifølge Kvale & Brinkmann (2018) preget av etiske problemstillinger, og forskeren bør ta hensyn til mulige etiske dilemmaer gjennomgående i hele prosessen (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 97).

⁷ Moral og etikk er sammenfallende fordi det ikke har relevans for oppgaven.

Det er flere stadier i forskningsprosessen som krever etisk refleksjon. Før data innsamlingen skal forskeren, ifølge Dalland (2017), sørge for at informantene blir tilstrekkelig opplyst og ikke minst, ta i betraktning hvilke konsekvenser prosjektet kan ha for informantene. Videre skal deltakerne få informasjon om hva de har sagt ja til, det kalles *informert samtykke*. I denne fasen skal det også avklares om informantene skal få delta i analysen. I tillegg skal alle informantene bli opplyst om at den innsamlede data skal bli anonymisert (Dalland, 2017, s. 235-242; Kvale, 2018, s. 97-98).

Prosjektet er meldt og godkjent med vilkår fra Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD), meldeskjema (894204), se vedlegg 4. Alle informantene er informert om formålet med prosjektet, og ga sitt samtykke til å stille opp. De ble også kjent med at opplysningene blir anonymisert og slettet når prosjektet er gjennomført. Informantene fikk også tilbud om å delta i analyseprosessen, noe de takket nei for.

Før datainnsamlingen reflekterte jeg videre over at prosjektet skulle finne sted på den institusjonen jeg har hatt praksis på, noe som kunne ha ført til at mine tidligere kollegaer har følt seg presset på en eller annen måte for å stille opp til intervju. Siden vi hadde hatt mange diskusjoner om temaet, kunne de kanskje vite hvilke svar jeg forventet å få, noe som kunne påvirke datainnsamlingen. Videre er jeg klar over at noen av informantene kanskje ville beskytte seg selv, ettersom de visste at deres svar og beskrivelser kunne komme som sitater, og som indirekte kunne bli gjenkjent.

I løpet av datainnsamlingen skal forskeren sørge for å opptre på en hensiktsmessig måte. Han skal ta hensyn til informantenes verdier, interesser, samt stressopplevelser. Dette kan føre til at informantene opprettholder tillit til forskeren. Et tillitsforhold kan i sin tur føre til at informantene åpner seg og snakker fritt om sine vonde opplevelser. Intervjusituasjonen skal avbrytes hvis forskeren legger merke til at informanten, ikke ser ut til ha det bra (Postholm, 2020, s. 148-149; Kvale, 2018, s. 97).

I løpet av data innsamlingen har jeg vært oppmerksom på hvordan jeg utaler meg for å ikke fornærme mine tidligere kollegaer. Jeg har stilt en del kritiske spørsmål som jeg har prøvd å formidle på en hensiktsmessig måte. Det at vi kjenner hverandre fra før av kunne både være

en fordel og ulempe. En fordel med tanke på at vi allerede har et tillitsforhold som innebærer at det var lettere for de å åpne seg for meg, og en ulempe at det kunne påvirke mine data.

Etter å ha gjennomført intervju skal forskeren sørge for å gjennomføre en lojal transkribering. Forskeren skal videre vurdere om det er noen informasjon som kan være til skade for informantene og av den grunn beslutte å holde tilbake informasjon, og ikke minst, hvilke konsekvenser artikkelen kan ha for informantene (Kvale, 2019, s. 97).

I etterkant har jeg reflektert over om det er noen informasjon jeg burde holde tilbake for å beskytte mine informanter og deres rykte. Informantene fikk tilbud om å lese ferdig de transkriberte intervjuene, men de takket nei. Miljøterapeuter som er blitt intervjuet for oppgaven kan stå i fare for å oppleve tunge følelser knyttet til saker de har jobbet med. Jeg har sørget for at informantene blir ivaretatt i hver av fasene i datainnsamlingsprosessen. I ettertid fikk de i tillegg beskjed at de kunne ta kontakt med forskeren hvis de ønsket å snakke om noe.

3 Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet rettes søkelyset på ulike aspekter ved traumesensitiv tilnærming. Først beskrives de tre pilarene i traumebevisst praksis, *trygghet*, *relasjon* og *følelsesregulering*. Jeg går nærmere inn på hver av disse fordi de blir ansett som viktige brobyggere mellom miljøterapeuter og barn utsatt for komplekse traumer. Videre går jeg inn på verktøy innen traumebevisst omsorg. Her velger jeg å se nærmere på «*toleransevinduet*». Modellen blir mye brukt i arbeid med barn som er blitt utsatt for traumer. Deretter tar jeg opp omsorg og grensesetting i institusjonell sammenheng, for til slutt å avrunde kapittelet med kritikk av traumebevist tilnærming og refleksjon.

3.1 Traumebevisstomsorg – De tre pilarene i traumebevisst omsorg

Traumesensitiv tilnærming fokuserer på tre sentrale pilarer. Howard Bath (2008;2015), som har utviklet «*traumebevisst omsorg*» kaller disse *safety*, *connections* og *coping*. Disse tre pilarene, som oversatt på norsk kalles: *trygghet*, *relasjon* og *følelsesregulering* representerer hovedoppgavene til omsorgsgiverne (Bath, 2008, s. 17-22; Bath, 2015, s. 5-12). Innholdet i de tre pilarene overlapper hverandre, men i det videre har jeg allikevel valgt å utdype hva som ligger i hver av disse tre grunnpilarene.

3.1.1 Trygghet

For at et barn utsatt for utviklingstraume skal kunne starte helbredelse, må behandling starte med å utvikle en atmosfære av trygghet. Trygghet er grunnfjellet i vår eksistens. Barn utsatt for utviklingstraume har ofte utviklet en grunnleggende utrygghet fordi de er blitt utsatt for, eksempelvis, overgrep av sine nærmeste omsorgsgivere. Menneskene som skulle være gode og trygge, har utsatt det lille barnet for grusomme ting. Dette kan føre til at barnet ofte skaper en grunnleggende utrygghet, som de viderefører til nye relasjoner. Trygghet er en forutsetning for at vi skal kunne fungere i det daglige livet (Andersen, 2014, s. 58-59).

Det å oppleve trygghet må bli det viktigste fokuset for fagfolk som jobber med barn som har vært utsatt for utviklingstraume, fordi, for barn utsatt for traume er verden en grunnleggende utrygg plass. Siden barn har vært utsatt for vedvarende fare for, eksempelvis, mishandling,

kan de ofte ha et hypersensitivt nervesystem som konstant er innstilt på fare uansett om situasjonen det befinner seg i er farlige eller ei. Hjernen deres skiller ikke mellom det gode og det onde, og er i alarmberedskap konstant. (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 4; Bath, 2008, s. 19).

Atferden mange traumatiserte barn får når «alarmen» går av, er ofte utfordrende, og kan vekke kontrollerende og straffende reaksjoner hos miljøterapeuter. James Anglin (2002) påpeker at dette ofte kan føre til utrygghet for de traumatiserte barna. Utfordringen hos miljøterapeutene blir da å møte smerten som ligger bak atferden, uten at barnet blir re-traumatisert ved straffende og kontrollerende reaksjoner (Anglin, 2002, s. 55)

Trygghet henger nøye sammen med den neste pilaren vi skal se nærmere på, relasjon. Barn utsatt for traume klarer ofte ikke å stole på voksne, noe som ofte fører til at de møter voksne med mistenksomhet og uvennlighet. Det fører ofte til at det er utfordrende å utvikle en god relasjon med traumatiserte barn for de klarer ikke å stole på oss. «Alarmen» er i beredskap hele tiden (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 4).

3.1.2 Relasjon

Det å kunne bygge trygge *relasjoner*, blir bygd opp tidlig i livet. Fra de er små, søker barn etter å oppnå *relasjoner* med sine primære omsorgsgivere, og selv når den primære omsorgsgiveren for eksempel er psykisk syk, og av den grunn følelsesmessig fraværende, vil barnet uansett søke tilknytning til den primære omsorgsgiveren (Andersen, 2014, s. 60). Når den primære omsorgspersonen utsetter et barn for traume, kan det føre til ulike typer tilknytningsskader som barnet da vil videreføre i alle nye *relasjoner* senere i livet (Søftestad, 2018, s. 91). Traumatiserte barn som ikke har hatt gode relasjonserfaringer har et handikap som bare kan helbredes gjennom nye trygge *relasjoner* som gir barnet mulighet til nye tilknytningsmuligheter (Søftestad, 2018, s. 91). Barnets trygghet, som vi ser henger nøye sammen med mulighet til å være i relasjon med, og ikke minst inngå nye *relasjoner* med andre. Andersen (2014) hevder videre at det å bli utsatt for vedvarende traume tidlig i livet, ødelegger barnets muligheter til å benytte seg av *relasjoner* til å etablere trygghet (Andersen, 2014, s. 60).

Forskning har vist at *relasjonen* mellom bruker og terapeut betyr mer for brukerens helbredelsesprosess enn hvilken metode terapeuten tar i bruk. Dette samme kommer tydelig frem i klinisk praksis der både barn og ungdom påpeker at kvaliteten på *relasjonen* som blir skapt mellom den som oppsøker hjelp og den som hjelper, er essensielt for om hjelpen blir erfart som god (Andersen, 2014, s. 60).

3.1.3 Følelserregulering Affektregulering

Affektregulering er ikke medfødt, men en lært evne. Barn lærer fra de er små, å regulere sine følelser ved hjelp av den primære omsorgsgiveren. Dette skjer ved at den primære omsorgsgiveren trøster og beroliger barnet når det er aktivert, jf. andre regulering⁸ (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 5). Det å kunne regulere sine følelser er veldig viktig for å kunne fungere i det daglige livet og ikke minst i samspill med andre barn og voksne (Andersen, 2014, s. 61). Siegel (1999) påpeker videre at vår oppfattelse av verden og hvordan vi inngår relasjoner til andre mennesker, er betinget av hvordan vi er lært å regulere våre følelser (Siegel, 1999).

Barn som har blitt utsatt for vedvarende traume, som for eksempel seksuelle overgrep i tidlig alder, har ofte ikke utviklet gode regulerings strategier. De har ikke fått hjelp fra sin primære omsorgsgiver til å lære seg å regulere sine følelser (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 5). Dårlig utviklet følelserregulering kan for eksempel føre til at litt irritasjon hopper seg opp til utbrudd av sinne og raseri (Andersen, 2014, s. 62).

Samregulering innebærer, ifølge Andersen (2014), at barnet får hjelp til å roe ned den sterke følelseraktivering. Samregulering forbindes ofte med å anerkjenne barnets følelser. Det kan oppnås med for eksempel beroligende stemme. Ved å være trygge og sensitive voksne kan vi hjelpe barnet å hente seg inn og få kontroll over den sterke aktivering. Det kan være utfordrende å få til samregulering med traumatiserte barn og unge. Målet med samregulering er å hjelpe barnet til å etter hvert lære å mestre overveldende følelseraktivering selv, uten vår hjelp, jf. selvregulering. Selvregulering betyr at barnet klarer å mestre følelseraktivering selv (Andersen, 2014, s. 63).

⁸ Andre-regulering eller reguleringsstøtte blir innen utviklingspsykologien betegnet som den primære omsorgspersonens regulering av barnet (Nordanger & Braarud, 2020, s. 29).

Vanskene med emosjonell selvregulering er den meste karakteristiske konsekvensen av utviklingstraumer, eksempelvis seksuelle overgrep i tidlig alder. Når et traumatisert barn ikke får hjelp til å regulere sine følelser, utvikler barnet mestringsstrategier. Enkelte utvikler positive mestringsstrategier som kan bidra til selvstendighet, og til at barnet får en innebygd radar som lett fanger opp fare. På den andre siden har vi mestringsstrategier som for eksempel spiseforstyrrelser, rusmisbruk, selvskading som slår motsatt vei på lengre sikt selv om den traumeutsatte kan oppleve smertefrihet i det øyeblikket (Søftestad, 2018, s. 91). Det er dermed en primæroppgave for omsorgspersonene å samregulere barnets følelser. (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 5)

3.2 Verktøy innen traumebevisst omsorg

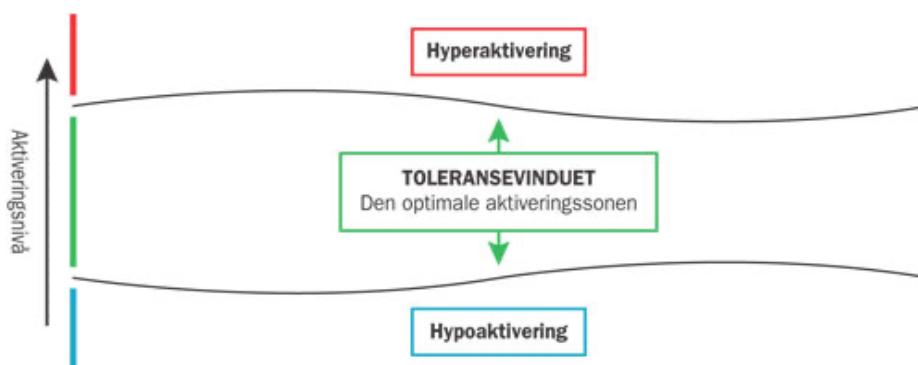
I det følgende skal vi se nærmere på *toleransevinduet*. En modell som kan brukes i de praktiske møtene med traumatiserte barn.

3.2.1 Toleransevinduet

Toleransevinduet er en modell som kan brukes både for å forstå og for å behandle barn som er blitt utsatt for traume, eksempelvis seksuelle overgrep. *Toleransevinduet* viser det området i hjernen der barnet er optimalt aktivert. Det innebærer at aktiveringen er verken for høyt eller for lavt. Når vi befinner oss i det området, lærer vi lettest. Vi er med andre ord i en optimal læringstilstand (Nordanger & Braarud, 2014, s. 532; Nordanger & Braarud, 2020, s. 38). Den sonen kaller Vygotski for den nære utviklingssonen fordi i den sonen læringen kan finne sted (Tetzchner, 2018, s. 50). Når barnet befinner seg over toleransegrensen, er barnet i en *hyperaktivert* tilstand. Det innebærer forhøyet hjerterate, respirasjon og muskeltonus og kan føre til at barnet for eksempel blir hysterisk eller utagerende. Når barnet derimot befinner seg under toleransegrensen er barnet i en *hypoaktivert* tilstand som innebærer redusert hjerterate, respirasjon og muskeltonus. Det kan føre til at barnet for eksempel blir deprimert eller passiv. Grensene for når man går ut av det optimale spennet varierer fra barn til barn. De påvirkes både av erfaringer, emosjonell tilstand og temperament (Nordanger & Braarud, 2014, s. 532; Dønnestad, 2015).

Når den nærmeste omsorgsgiveren støtter barnet i å regulere seg, utvikler barnet etter hvert et reguleringssystem og utvider *toleransevinduet* (Nordanger & Braarud, 2020, s. 48). Hos barn som er blitt utsatt for traume, og følgelig ikke fått hjelp til å utvikle et reguleringssystem, blir

toleransevinduet smalere og smalere. Det kan ofte føre til at de lett blir *hyperaktivert* (eksempelvis aggresjon) eller *hypoaktivert* (eksempelvis deprimert). Siden barnet ikke har fått hjelp til å utvikle et reguleringsystem som følge av redusert reguleringsstøtte av den primære omsorgsgiveren, utvikler barnet sviktende strategier for å regulere seg tilbake i toleransevinduet, eksempelvis, selvskading (Nordanger & Braarud, 2020, s. 85).



Figur 1. Toleransevindumodellen (Tilpasset fra Ogden, Minton & Pain, 2006)

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>

3.3 Omsorg og grensesetting i institusjonell sammenheng

Omsorg i institusjonell sammenheng skal være mer enn «oppbevaring» av ungdommene i påvente av den «ekte» behandlingen hos spesialisthelsetjenesten. Det skal etterstrebes at ungdommene skal få oppleve følelse av egenverdi, sosial kompetanse og ivaretagelse for å etter hvert kunne ta vare på seg selv på egenhånd (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 21).

Omsorg er et kjernebegrep i institusjonsbarnevernet. Omsorg innebærer både å vise at en bryr seg for et barn og samtidig sette grenser for det lille barnet når grensene er overtrådt (Lillevik et al., 2020, s. 75). Det er miljøterapeuten som representerer grensene. Det kan være, for eksempel, grenser for husregler eller grenser mellom voksne med mer. Ut fra denne tankegangen er grenser en del av omsorgen (Lillevik et al., 2020, s. 17).

Mange institusjoner som har tatt i bruk «traumebevisst omsorg» har, ifølge Bath (2017), opplevd at enkelte miljøterapeuter sliter med å sette grenser og gi konsekvenser (Bath, 2017, s. 17). Miljøterapeuter mener at konsekvenstenkning kan føre til re-traumatisering av barn og unge, og av den grunn bør konsekvenstenkning unngås i praksis (Bath, 2017, s. 7). Re-traumatisering handler om at et barn som er blitt utsatt for traume, kan få det vondt ved å bli minnet på det vonde barnet har opplevd, for eksempel et spørsmål eller en lyd som kan aktivere de vonde minnene (Benum, 2014, s. 352). Bath (2017) skiller her mellom grenser og straff, og peker på at straff kan føre til re-traumatisering, men ikke grenser. Det å sette grenser skal lære barn og ungdom hva som er riktig og galt, men grensene skal brukes sensitivt og i forhold til barnets opplevelser tidligere i livet, slik at miljøterapeuter unngår å påføre sine klienter sekundær smerte, jf. re-traumatisering (Bath, 2017, s. 7-8). Nyere forskning peker i samme retning, «traumebevisst omsorg» gjør det vanskelig for miljøterapeuter å sette grenser (Steinkopf et al., 2020, s. 9).

3.4 Kritikk av traumebevisstomsorg

Selvet begrepet «traume», er tvetydig og kan defineres på mange forskjellige måter. De fleste utfordrende hendelser, eksempelvis, omsorgssvikt i et barns liv begrunnes som utviklingstraumer. Men hva med ungdommer som kommer fra et krigs-rammet land som samtidig har hatt god oppvekst? Hva med barn som ikke er blitt utsatt for traume per definisjon, men har aldri fått kjærlighet fra sine nærmeste omsorgsgivere og har erfart det som traumatisk (Bath, 2017, s. 5)? Perry og Szalavitz mener for eksempel at både misbruk og forsømmelse bør være inkludert i begrepet, noe ikke alle er enige i (Perry & Szalavitz i Bath, 2017, s. 5).

Andersen (2018) problematiserer også begrepet «traume», og sier: «I arbeid med mennesker trenger vi gode forklaringsmodeller for det komplekse, men har iveren etter å forenkle det komplekse gjort at faget er blitt uklart og utydelig? Kanskje det er på tide å redefinere og nyansere traumbegrepet» (Andersen, 2018)? Det samsvarer med det Rosten (2020) også påpeker at det har dukket opp en del misforståelser rundt traumesensitiv praksis, og at det kan være et resultat av at tilnærmingen verken er tydelig definert eller fylt med konkret faglig innhold (Rosten, 2020, s. 245). Forskning viser videre at miljøterapeuter har forskjellige

meninger på hva traumebegrepet omfatter, og ikke minst at hver enkel av oss har forskjellige synspunkter på hva traumesensitiv praksis innebærer (Donisch et al., 2016, s. 128).

Dagens store fokus på traumer har ført til at begrepene brukes om alt som er vondt og vanskelig, som for eksempel dødsfall, kjærlighets sorg med mer, og at løsningen er traumesensitiv tilnærming. Det er mange utfordringer som barn og unge sliter med som kan finnes med bakgrunn i «traumer», men ikke alle, eksempelvis, uhøflighet (Bath, 2017, s. 8). Negative belastninger kan føre til økt risiko for både psykiske og fysiske belastninger, men det betyr ikke at alle belastninger omfavnes av begrepet «traume» (Andersen, 2018). For å kunne møte alle barn med deres individuelle behov, mener Bath (2017) at profesjonsutøvere bør være stressbevisste like mye som traumebevisste (Bath, 2017, s. 5)

Howard Bath (2017) påpeker at «traumabevisst omsorg» har ført til misforståelser og usikkerhet og ikke minst at det at traumebevisst tenkning har kommet på banen, har stilt andre metoder til side (Bath, 2017, s. 2). Mange utfordringer har bakgrunn i utviklingstraumer og mange av disse utfordringene kan begrunnes med traumatiske opplevelser, men ikke alle. Traumesensitiv tilnærming er ikke anvendbar på alle barn og unge. Barn er forskjellige med tanke på etnisk bakgrunn, psykisk helse, diagnoser og så videre (Bath, 2017, s. 3).

Bath (2017) mener videre at en tilnærming ikke kan møte alle barn og deres individuelle behov. Det er viktig at miljøterapeuter og profesjonsutøvere har i ryggmargen flere teorier og metoder for å kunne hjelpe barn og unge med ulike utfordringer (Bath, 2017, s. 3). Det virker, ifølge Bath (2017), som at «traumebevisst omsorg» har overtatt definisjonen på terapeutisk omsorg, noe som har ført til at andre metoder og teorier er blitt stilt til side. Profesjonsutøvere trenger mange tilnærminger og modeller for å kunne hjelpe barn og unge som er blitt utsatt for traume tidlig i livet. Noe som Bettelheil bekrefter: «Å være traumebevisst er ikke nok» (Bath, 2017, s. 4).

3.5 Refleksjon

Faglig refleksjon innebærer å se tilbake på en enkelthendelse (Strømfors & Edland-Gryt, 2018, s. 28). Stolanovski & Rønnestad (1997) definerer faglig refleksjon med følgende ord:

En engasjert og fokusert bearbeiding av et problem, bearbeiding som er forankret i en faglig forståelse av forhold som virker inn på problemet, og hvor den profesjonelle har innsikt i sin egen delaktighet av det som søkes forstått. Refleksjonen er engasjert i den forstand at det er et ønske om en viss intensitet i ens søken. Den er fokusert i den forstand at man etterstreber en fordypet forståelse av noe (Stolanovski & Rønnestad, 1997, s. 48).

Enhver samtale kan ikke kalles refleksjon. En samtale blir betegnet som refleksjon når dens fokus er å oppnå en dypere forståelse av en hendelse som en selv har vært en del av (Strømfors & Edland-Gryt, 2018, s. 28). For at en profesjonsutøver skal kunne reflektere, må det være en hendelse en selv har vært delaktig i. Det bør være en hendelse hvor profesjonsutøveren enten stiller seg undrende eller lurer på noe (Strømfors & Edland-Gryt, 2018, s. 28). Det å reflektere over egen praksisutøvelse, kan for det første føre til en form for læring, for det andre til at ens kompetanse blir hevet og for det tredje til en forståelse som øker sannsynligheten for å nå de målene vi hadde satt opp. En profesjonsutøver som er bevisst seg selv og sin egen praksis, vil sannsynligvis kunne levere brukerne bedre tjenester (Strømfors & Edland-Gryt, 2018, s. 31-32). Evnen til å reflektere rundt utøvelsen av sin egen praksis, er en forutsetning for å møte de psykologiske behovene ungdommene har, samt et viktig prinsipp i traumesensitiv praksis (Steinkopf et al., 2020, s. 6). Ansatte ved barnevernsinstitusjoner må stadig reflektere over seg selv, praksisutøvelsen, sine tanker og sine handlinger (Dønnestad & Steinkopf, 2017, s. 109). I yrkesetisk grunnlagsdokument i fagforening FO uttrykkes det på følgende måte:

Helse-og sosialfaglig arbeid forutsetter både teoretisk og praktisk kunnskap, evne til etisk refleksjon og holdninger preget av ydmykhet, velvilje og respekt overfor brukernes/klientenes verdier og livsvalg (FO, 2015, s. 2).

4 Presentasjon av funn og drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte hovedfunnene knyttet opp til relevant forskning og kunnskap som ble tatt opp i kapittel tre. Først går jeg inn på traumeforståelse og hva som gjør at traumesensitiv tilnærming blir forstått forskjellig, for å deretter gå nærmere inn på grensesetting, med andre ord hvordan traumesensitivt arbeid påvirker grensesetting. Jeg avrunder kapittelet med veien videre.

4.1 Alt er ikke traumer

Flere forskere har pekt på at «traumabevisst omsorg» er blitt brukt om alt som er vondt og vanskelig, eksempelvis, forsømmelse, utagering og så videre (Bath, 2017, s. 8; Andersen, 2018). I en artikkel av Howard Bath (2017) peker han på at en fare ved «traumabevisst omsorg» kan være at traumesensitiv praksis blir løsningen på alt, blant annet utagering og uhøflighet (Bath, 2017, s. 8). Oppførsel som ikke nødvendigvis finner grunnlag i at barnet hadde opplevd traume. Det bekrefter også data fra denne studien. Begge informantene mener at traumesensitiv tilnærming blir brukt som forklaring der den egentlig ikke skal brukes.

Informant A uttrykket følgende:

Jeg synes vi legger altfor mye over på traumabevisst omsorg ... så ja, jeg føler vi gjør oss selv en bjørnetjeneste ved, på en måte, bare legge alt på traumabevisst omsorg kontoen da istedenfor å heller sette ned foten.

Mens informant B på sin side sa følgende:

Det kan være at han bare har sovet dårlig, at han bare er sånn. Og det er der jeg tror at alt ikke handler om traumer. Vi og blir sinte. Alle blir jo sinte. Det handler ikke nødvendigvis om at vi har hatt et fælt liv.

Informantene beskriver hvordan de opplever at «traumabevisst omsorg» blir brukt i praksis, med andre ord, hvordan traumeforståelse eller hva de legger i begrepet traume påvirker deres praksis og hvordan de anvender traumesensitiv praksis, noe som også Bath (2017) fremhever og sier at traumebegrepet anvendes forskjellig (Bath, 2017, s. 5).

Ikke all stress er trauma. Det eksisterer mange definisjoner av trauma, og at ingen av disse kan omfavne alt (Bath, 2017, s. 5). Det er fortsatt forvirring rundt hva begrepet «trauma» bør innebære, eksempelvis, bør forsømmelse være inkludert eller holdes adskilt fra traumabegrepet. Enkelte forskere, som Perry & Szalavitz (2006), mener at både fysisk misbruk og forsømmelse bør være inkludert i begrepet (Perry & Szalavits i Bath, 2017, s. 5). Det er en del uenighet i hva «traumebegrepet» skal inkludere, og ikke minst hvordan begrepet skal defineres. Det kan føre til usikkerhet rundt hvilke situasjoner miljøterapeuter kan anvende «traumebevisst omsorg»:

Jeg opplever at er en ungdom frekk eller utagerer eller knuser et glass så er det på en måte ... alt blir forklart med at, men han har det sikkert vondt. Alt blir begrunnet i traumebevisst omsorg. Det overskygger alt annet (Informant A).

Informant A mener at uansett hvilken situasjon personal havner i blir traumesensitiv tilnærming brukt som forklaring. Hun sier at: «traumebevisst tilnærming overskygger alt annet». Rosten (2020) peker også på at en fare ved «traumebevisst omsorg» er at alt, eksempelvis utagering, knusing av ting og så videre begrunnes med traumer, med andre ord, at atferd som egentlig ikke har noe å gjøre med tidligere opplevd traume, begrunnes med traumer (Rosten, 2020, s. 244). På den andre siden opplever informant B at all oppførsel som inkluderer ufine ord mot personal blir begrunnet med: «Han har det ikke bra med seg selv». Her knytter det seg usikkerhet i hvilken grad atferd skal begrunnes med traumer. Informantene mener at deres atferd, for eksempel, utagering eller uhøflighet, ikke nødvendigvis handler om de traumene de hadde opplevd, men at det rett og slett kan være «vanlig» ungdoms atferd: «Alt er ikke traumer, det er noe som er ungdommer og». Informant A mener at det er vanskelig å skille mellom vanlig ungdoms atferd og traumer. Dette kan handle om flere ting. For det første kan hennes forforståelse⁹ påvirket hennes syn på hvordan «traumebevisst omsorg» skal anvendes og i hvilke situasjoner. For det andre kan det handle at hun er blitt sosialisert i en organisasjonskultur og har ikke reflektert så mye over i hvilke situasjoner hun bruker traumesensitiv praksis. For det tredje kan det handle om på hvilken måte «traumebevisst omsorg» er blitt formidlet til profesjonsutøvere. Noe som informant B bekrefter:

⁹ For-forståelse innebærer: «de brillene vi alltid har på oss, og som farger alt vi ser». For-forståelse består av blant annet, verdier, normer og måter vi tenker på (Røkenes & Hansen, 2017, s. 153).

Jeg føler at i starten når vi ble presentert traumebevisst omsorg og at vi skulle jobbe etter traumebevisst omsorg så føler jeg at det ble misforstått og det hadde noe med måten det ble formidlet på. Vi forsto det som at når du anvender traumebevisst omsorg så skal du hele tiden se ting fra ungdommenes synsvinkel.

4.2 «A little knowledge is a dangerous ting»

Rosten (2020) peker på at det i det siste har dukket opp en del forenklinger, og ikke minst, misforståelser rundt traumesensitiv praksis. Forståelser eller misforståelser rundt traumesensitiv tilnærming, kan ha med å gjøre at tilnærmingen verken er tydelig definert eller fylt med konkret faglig innhold (Rosten, 2020, s. 245). Et gjennomgående tema i begge intervjuene var beskrivelser av hvordan «traumebevisst omsorg» blir forstått og anvendt i praksis. Til spørsmålet: «Opplever du at du og dine kollegaer sliter med å forklare hva som ligger i begrepet «traumebevisst omsorg», og tror du «traumebevisst omsorg» som en tilnærming er forståelig nok»? svarer A:

.... Jeg syns at det er litt svevende. Jeg forstår ikke helt Jeg syns det er vanskelig å forklare det. Det er på en måte diffust for meg. Jeg skjønner det samtidig som jeg ikke klarer å forklare det enkelt hva det handler om Jeg synes ikke den er helt tydelig nok. Jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det. Det er på en måte diffust for meg. Jeg syns den er litt uklart så jeg klarer ikke helt å vite hvordan jeg skal tilnærme meg.

I studien til Donisch et al. (2016) uttrykker noen av informantene det samme: «(...) The term «trauma – informed care» is ambiguous, so it means different things to all of us». Mens en annen sier: «People have different viewpoints on what trauma – informed practice is. I think my definition is probably different from someone else`s» (Donisch et al., 2016, s. 128).

Flere av informantene i denne studien bekrefter at traumesensitiv tilnærming ikke er tydelig definert, at tilnærmingen ikke minst vekker forvirring mellom profesjonsutøvere. Det samsvarer med funnene i mine data. Jeg mener at informant A sliter med å forklare hva traumesensitiv praksis innebærer og at hun er usikker i praksisutøvelsen sin ettersom hun sier: «.... Jeg klarer ikke å vite hvordan jeg skal tilnærme meg». Noe som kan føre til at både pilaren trygghet og relasjon som forutsetter forutsigbarhet, ikke blir opprettholdt (Bath, 2015, s. 6). Det kan ikke minst aktivere ungdommene, og føre til at de går ut av toleransevinduet sitt og for eksempel utagerer, siden profesjonsutøveren blir uforutsigbare og usikre i sin rolle og utøver forskjellig praksis fordi de har forskjellig forståelse for hva traumesensitiv arbeid innebærer

Hva gjør at profesjonsutøvere forstår «traumebevisst omsorg» så forskjellig? Har det noe med måten den blir formidlet på, eller har det kanskje med teoretisk kunnskap¹⁰ å gjøre? Både informant A og B er enige at de har fått nok opplæring i traumesensitivt arbeid. Til spørsmålet om de mener at de får nok opplæring i traumesensitiv praksis, svarer B:

Ja, jeg føler vi har fått ganske god opplæring for som sagt så brukte de faktisk to hele år med fagdager og kursing og så har vi hatt mye fokus på det på avdelingsmøter iallfall i starten ... og fortsatt så har vi jo et tema som blir tatt opp stadig vekk om hvordan vi skal anvende traumebevisst omsorg og hva traumebevisst omsorg har å si for jobben vår.

På den andre siden sier A til det samme spørsmålet: «Jeg mener at vi har fått veldig mye kursing i det, men jeg tror vi er likevel usikre på hvordan vi skal bruke det i praksis». Begge informantene fikk samme opplæring i «traumebevisst omsorg», og det er fortsatt slik at de ikke deler felles forståelse for tilnærmingen. Det virker som informant B har kommet et hakk videre enn informant A. Til spørsmålet om hun tror «traumebevisst omsorg» er forståelig nok svarer B følgende:

Jeg trodde det ikke i starten. Jeg trodde det var en vanskelig metode. Vi så jo på det som en metode da og jeg tenkte veldig negativt om det i starten, som at vi ikke kunne sette grenser for ungdommene ... men som sagt, etter at vi har bearbeidet den informasjonen vi har fått og vi har satt oss litt mer inni det ... så føler jeg at det er mye mer forståelig, men det var ikke det i starten.

Informant B uttrykker ovenfor at hun har en annen forståelse i dag enn hun hadde da hun ble introdusert for tilnærmingen. I begynnelsen trodde hun at hun ikke kunne sette grenser for ungdommene mens i dag vet hun at det er mulig å bygge en god relasjon med ungdommer og være trygge voksne og samtidig sette grenser. Det informant B ser som begrensningen i hvorfor «traumebevisst omsorg» blir misforstått, er måten tilnærmingen blir formidlet på:

Det jeg ser for vår del, som kan være en utfordring, er som sagt det der med den misforståelsen om hva traumebevisst omsorg egentlig handler om, for det blir misforstått fra veldig mange personer inkludert meg selv Jeg tror det er der den svakheten kommer inn at det ikke blir formidlet på en god måte, at det ikke er det traumebevisst omsorg handler om. Det er kanskje formidling av traumebevisst omsorg jeg har noe imot enn selvet traumebevisst omsorg.

Informant A og B har jobbet like lenge på institusjon, ni til ti år, har like mye erfaring i å jobbe traumasensitiv. Ingen av dem har hatt opplæring i traumesensitiv praksis i løpet av utdannelsen, noe som innebærer at begge har gått gjennom samme kursopplegget på jobb, men fortsatt virker det som B har en helt annen forståelse for «traumebevisst omsorg» enn A.

¹⁰ Teoretisk kunnskap eller påstandskunnskap er den typen kunnskapen som en tilegner seg gjennom bøker. Det er den kunnskapen vi lærer oss på skole eller i utdanningen (Tønnesen, 2018, s. 132).

Mens B har innsett at hun både kan være konsekvent og en trygg voksen for ungdommene, har fortsatt A noen dilemmaer rundt dette:

Jeg opplever at vi tolker traumebevisst omsorg litt forskjellig, men jeg opplever og at vi de fleste syns at det er litt sånt svevende og litt vanskelig og ... og det er nok noen som er litt kjappere å skylde på traumabevisst omsorg enn andre.

Rosten (2020) påpeker at manglende felles forståelse mellom profesjonsutøvere i hva som ligger i begrepet traumesensitiv tilnærming, kan henge sammen at tilnærmingen er i liten grad tydelig definert og fylt med konkret faglig innhold (Rosten, 2020, s. 245).

Hva er det som gjør at informant B trekker kunnskapen lengre? Handler det om ulik forståelse eller erfaringsbasert kunnskap? Det er vanskelig å vite hva som gjør at informant B har kommet lengre enn informant A, særlig med tanke på at begge utaler at de mener at de har fått nok teoretisk kunnskap på området.

4.3 Grensesetting som grunnmur i omsorgen

Frykten for å sette inn nødvendige grenser, og ikke minst ta i bruk tvangsmidler, til og med når det er nødvendig for å beskytte ungdommenes liv og helse, er ifølge Hansen & Jarlsbo (2020) blitt så stor at noen barnevernsinstitusjoner er blitt helt grenseløse.

Institusjonsbarnevernet var i «tvangsgrofta», og det virker som den nå har endt i den andre grofta, grenseløse (Hansen & Jarlsbo, 2020, s. 23). Har innføringen av «traumebevisst omsorg» gjort profesjonsutøvere usikre på sin rolle som omsorgsgivere? B sier: «Vi er litt usikre rett og slett på hvor grensa går, og så glemmer vi å sette konsekvenser og grenser fordi alt blir litt svevende (...)». Videre påpeker Hansen og Jarlsbo (2018) at en av institusjonene de så nærmere på, var stolt av å kunne si at de var den første institusjonen i landet som tok i bruk «traumebevisst omsorg». En institusjon som for å unngå re – traumatisere ungdommene, ikke har rustestet dem, men ventet til at ungdommene selv innrømmer at de har brukt rusmidler (Hansen & Jarlsbo, 2018, s. 9).

Jeg tenker at det er forferdelig. Jeg tenker at når du har ungdommer med rusproblemer ... vil de jo ikke nødvendigvis komme og fortelle til deg at de har ruset seg. Da tenker jeg igjen så har de misforstått traumebevisst omsorg totalt (Informant B).

Lillevik (2020) påpeker at profesjonsutøvere bør og kan gripe inn fysisk i noen situasjoner som eksempelvis når en ungdom misbruker narkotiske stoffer (Lillevik, 2020, s. 131).

Omsorg er et kjernebegrep i institusjonsbarnevernet. Omsorg innebærer både å vise at en bryr seg for et barn, og å sette grenser for det lille barnet når grensene er overtrådt. Det å ikke sette grenser kan oppfattes som at profesjonsutøvere ikke bryr seg. Omsorg handler ikke minst om ivaretagelse, beskyttelse og kjærlighet (Lillevik, Stokvold & Landmark, 2020, s. 75). Nyere forskning Steinkopf, Nordanger, Stige & Milde (2020) viser at «traumebevisst omsorg» gjør det vanskelig for profesjonsutøvere å sette grenser (Steinkopf et al., 2020, s. 9). Noen frykter re-traumatisering (Hansen & Jarlsbo, 2020, s. 25). Andre gruer seg til å sette grenser og aktivere ungdommene. En informant i studien til Steinkopf et al. (2020) sier følgende:

I think one of the mistakes we made initially in implementing TIP, was that we become afraid of setting safe boundaries. We were afraid of triggering something, and we forgot to be safe grown – ups (...)
(Steinkopf et al., 2020, s. 9).

Det med grensesetting og usikkerhet rundt i hvilke situasjoner og hvordan miljøterapeuter skulle sette grenser, og om de skulle sette grenser i det hele tatt, er fremtredende i min studie også:

Det påvirker i stor grad grensesetting. Og der jeg føler vi har feilet litt da. jeg tror egentlig ikke det er hensikten med traumebevisst omsorg, men det er iallfall det vi har lært oss i forhold til traumebevisst omsorg Vi bruker traumebevisst omsorg som en unnskyldning for at ting skal flyte ut da istedenfor å ha strukturerte rammer og grensesetting Jeg tror traumebevisst omsorg kunne vært bra hvis de hadde litt mer verktøy til grensesetting og konsekvenser.

På den andre siden virker det som informant B har en helt annet forståelse om hvordan «traumebevisst omsorg» kan bli tatt i bruk og samtidig sette grenser for ungdommene. B mener det fortsatt er litt usikkerhet rundt hvordan profesjonsutøvere både kan ta i bruk «traumebevisst omsorg» og sette grenser, men samtidig har hun, etter å ha vært traumebevisst i noen år, skjönt at traumesensitiv praksis innebærer ikke å ha løs struktur, men tvert imot, for at ungdommene skal kunne oppleve trygghet, og for at de tre pilarene i traumebevisst omsorg skal nås og opprettholdes, så må de ha noen regler og rammer:

Vi forsto det som at når du anvender traumebevisst omsorg så skal du hele tiden se tingene fra ungdommenes synsvinkel, og du skal alltid forstå deres reaksjoner ut ifra opplevelser som de har hatt

tidligere. Det føler jeg gjorde at vi forsto det på en måte som betydde at vi skulle ikke ha noen grenser Men etter hvert så har vi jo skjont at traumebevisst omsorg handler ikke om at vi skal ha løs struktur.

Både mine data og Steinekopf et al. (2020) viser at det fortsatt er en del usikkerhet med tanke på grensesetting. Vi ser også at profesjonsutøvere er på forskjellige nivåer og har forskjellig forståelse i hvordan grenser og konsekvenser kan brukes, og samtidig anvende traumebevisst praksis. Det virker som informantene ikke har felles forståelse for hvordan de kan sette grenser for ungdommene, og samtidig ta i bruk traumesensitiv praksis.

4.4 Veien videre

4.4.1 Andre metoder

Bath (2017) påpeker at traumesensitiv tilnærming er blitt selve definisjonen på terapeutisk arbeid med barn og unge som er blitt utsatt for traume, men innebærer dette at alle andre metoder er blitt stilt til side av den grunn? «Å være traumebevisst er ikke nok», sier Bath (2017) videre (Bath, 2017, s. 3). En tilnærming, med andre ord forståelsesramme kan ikke være svaret på alt, eksempelvis, fattigdom, ADHD. Profesjonsutøvere må ta i bruk mange forklaringsmodeller for å omfavne variasjon. Barn og unge er forskjellige og har forskjellige behov. «Traumebevisst omsorg» passer ikke for alle (Bath, 2017, s. 4). Til spørsmålet om andre metoder er blitt stilt til side på grunn av den utbredte bruken av traumesensitiv tilnærming, svarer A:

Det jeg opplever er, i og med at jeg ikke kan komme på noen andre metoder, og ser jo det når jeg på en måte går inn på andre stillinger da, som har med barn og unge, så er det ofte traumebevisst omsorg som blir nevnt så jeg tror absolutt den har blitt veldig populær, og hauset veldig opp og så blir andre metoder kanskje ikke brukt så mye

Informant A forklarer at hun mener at «traumebevisst omsorg» er blitt veldig populær, og at av den grunn har andre metoder blitt satt i skyggen. Noe som også informant B bekrefter:

Tydeligvis så gjør det det for jeg kan seriøst ikke huske hvordan vi jobbet tidligere hva metode vi brukte tidligere for alt handler jo om traumebevisst omsorg nå.

Begge informantene uttrykker at andre metoder og tilnærminger er blitt stilt til side på grunn av den utbredte bruken av traumesensitiv praksis. Rosten (2020) hevder at en konsekvens av å tro at traumesensitiv praksis er en selvstendig metode, kan føre til at profesjonsutøvere slutter

å bruke andre metoder som har vært effektive (Rosten, 2020, s. 244). Til spørsmålet om det er noen andre metoder de har kjennskap til svarer informant A:

Det er sikkert det, men ikke som jeg har kjennskap til. Selv om vi ikke har kalt det traumebevisst omsorg så tror jeg at vi alltid har jobbet litt etter traumebevisst omsorg, bortsett fra det her med konsekvenser og at alt blir skyldt på traumer. Men jeg vet ikke hvilke andre metoder vi kan bruke.

Mine data bekrefter det Rosten (2020) påpeker kan være konsekvens av at traumesensitiv praksis er blitt så populær. Den utbredte bruken av «traumebevisst omsorg» har satt andre metoder og tilnæringer i skyggen. Ingen av mine informanter har kjennskap til andre metoder som er like effektive og kan anvendes med mål gruppen. På samme spørsmål svarer B:

Nei, nå er vi jo så fokusert på traumebevisst omsorg at alt annet har på en måte falt vekk rett og slett, altså jeg husker at vi brukte noe som heter Loft tidligere, men jeg vet ikke om det er en metode en gang.

Traumebevisst praksis har fortrent mange tilnæringer, som for eksempel læringsteori, men i vårt arbeid, der ingen unge er like, trenger vi fortsatt innsikt og ferdigheter fra andre perspektiver og teorier (Bath, 2017, s. 4).

4.4.2 Felles forståelse

For at profesjonsutøvere skal lykkes med å klare å utøve «traumebevisst omsorg» på en forsvarlig måte, er det avgjørende at vedkommende har samme teoretisk grunnlag (Ørien & Hansen, 2018, s. 45). Felles forståelse er essensielt for å ta i bruk traumesensitiv kunnskap i det daglige. Mangel på felles forståelse kan føre til uvelkomne konsekvenser, eksempelvis, utagering. En av informantene i denne studien sier følgende:

(...) If you work together with someone with lacking understanding of model (TIP), or with someone with a different attitude towards the adolescents, then I have seen that things escalate immediately. And then it is tough to reverse thing (...) (Steinkopf et al., 2020, s. 9).

Mine data verken bekrefter eller avkrefter at felles forståelse er en begrensning i utøvelsen av traumesensitiv praksis. På den andre siden kommer det frem at informant A og B ikke deler felles forståelse om hva «traumebevisst omsorg» står for. Siden jeg ikke har spurt om det skaper utfordringer i det daglige, altså at de ikke deler felles forståelse, er det vanskelig å si noe på deres vegne. Men studien til Steinkopf et al. (2020) viser at det at profesjonsutøvere ikke deler felles teoretisk grunnlag, med andre ord forståelse, kan føre til uvelkomne

konsekvenser, eksempelvis, knusing: «The wrong person could ruin the whole system upside down, and destroy the good practice we have struggled to achieve (...)» (Steinkopf et al. 2020, s. 10).

Forskning til Donisch et al. (2016) peker i samme retning. Noen av informantene i denne studien bekrefter at det hadde vært bra å ha samme teoretisk kunnskap og få samme opplæring: “It would be nice to have everyone at the same table, saying the same thing, have collaboration right there. Have everyone going to training, so they all hear the same thing” (Donisch et al., 2016, s. 129).

Dataene I denne studien bekrefter at felles forståelse bør være veien videre. At målet bør være å skape en felles forståelse mellom profesjonsutøvere. Det kan være med på å løfte både teoretisk kunnskap om traumesensitiv praksis samt traumeforståelse, med andre ord hva begrepet traume innebærer, ettersom det er en av begrensningene som kommer frem i studien min, som teoretisk løft og felles forståelse kunne gjøre noe med. Rosten (2020) påpeker at det bør bli utarbeidet flere kompetansehevingsprogrammer som har som mål å skape felles forståelse og felles teoretisk grunnlag (Rosten, 2020, s. 243).

4.4.3 Refleksjon

Refleksjon innebærer tilbakeblikk på en hendelse som en undrer seg over. Det kan være både en hendelse der en har erfart usikkerhet, og en positiv hendelse, som for eksempel, noe en har fått til, men usikker på hvordan (Strømfors & Edland-Gryt, 2018, s. 28). Spørsmål om refleksjon ble ikke tatt direkte opp i min studie, men jeg har nå i etter tid stilt meg undrende på følgende spørsmål: Hvor mye reflekterer informantene mine rundt sin utøvelse av traumesensitiv tilnærming, og ikke minst har refleksjon noe å gjøre med at informant A og B har en helt annen forståelse for «traumebevisst omsorg»?

Funnene til Steinkopf et al. (2020) tyder på at evnen til å reflektere rundt utøvelsen av sin egen praksis, er en forutsetning for å møte de psykologiske behovene ungdommene har samt et viktig prinsipp i traumesensitiv praksis (Steinkopf et al., 2020, s. 6). Informantene i denne studien mener at en profesjonsutøver bør være klar over sine egne emosjoner, og å være bevisst på de for å kunne forstå bedre ungdommene. En av informantene sa følgende:

I have become more conscious about how I affect the youth's behavior, and how I understand them. The emotions I experience are information of their life - world. I am increasingly aware of how my emotions are a source of information. And you should not see it as negative to be afraid or feel insecure; these emotions are information about what is going through (Steinkopf et al., 2020, s. 6).

Studien bekrefter at det er viktig å være seg selv, sine valg og sine emosjoner bevisst. At det er viktig å reflektere over sin praksis og hvorfor en gjør som en gjør. Refleksjon kan være svaret på hvorfor informantene i min studie forstår og anvender traumesensitiv praksis så annerledes.

5 Oppsummering og konklusjon

Formålet med oppgaven min var å belyse hvordan miljøterapeuter opplever at «traumebevisst omsorg» blir forstått og anvendt i praksis. Problemstillingen skulle besvares med hjelp av to forskningsspørsmål: Hvilke begrensninger møter miljøterapeuter i bruken av «traumebevisst omsorg»? Hvordan opplever miljøterapeuter at «traumebevisst omsorg» påvirker grensesetting og konsekvenser?

Funnene viser at det fortsatt er mangel på klarhet hva traumbegrepet innebærer. Det er fortsatt forvirring og uenighet om traumbegrepet for eksempel skal inkludere fysisk misbruk og forsømmelse, noe som i sin tur kan påvirke hvorfor miljøterapeuter forstår og anvender traumesensitiv tilnærming forskjellig. Det kan føre til at profesjonsutøvere anvender traumebevisst omsorg der de egentlig ikke skal, som for eksempel når en ungdom er uhøflig. Det virker som begrepsavklaringen og teoretisk grunnlag på begrepet traume påvirker hva miljøterapeuter legger i begrepet «traume» og følgelig i hvilke situasjoner de bruker traumesensitiv tilnærming.

Det kommer videre frem at informantene er på forskjellig kunnskapsnivå, og ikke minst har forskjellig forståelse for traumesensitiv tilnærming. Det kan være litt vanskelig å konkludere hva dette egentlig handler om. Informantene har fått samme teoretisk opplæring i tilnærmingen på jobb. Ingen av informantene hadde om traumesensitiv praksis på skole, som er forståelig ettersom begge ble ferdige før traumebevisst omsorg kom på banen. Om det handler om mangel på påstandskunnskap eller refleksjon på arbeidsplass, er vanskelig å si, siden det ikke ble tatt opp i intervjuene, men annen forskning peker i den retningen, jf. Steinkopf et al. 2020. s. 6. Her kommer det frem at refleksjon er et viktig verktøy for å implementere traumesensitiv tilnærming i praksis.

I tillegg viser denne studien at grensesetting og konsekvenser blir påvirket av ukjente årsaker. Jeg fant ut at det er vanskelig å konkludere om det er bruken av traumesensitiv tilnærming som gjør at grenser og konsekvenser uteblir, eller om det er noe utenforstående, som for eksempel misforståelser, mangel på påstandskunnskap eller mangel på refleksjon som gjør at profesjonsutøvere finner det utfordrende å sette grenser og gi konsekvenser. Det er vanskelig

å generalisere mine funn, og trekke en ensidig konklusjon, siden studien baserer seg på bare to informanter, men jeg ser en tendens til at miljøterapeuter sliter med bruken grenser og konsekvenser. Uansett at informant B har kommet lengre enn A uttaler hun at det fortsatt er en del usikkerhet i hvilke situasjoner og på hvilken måte grenser og konsekvenser skal anvendes. Det hadde vært et interessant tema å forske videre på, om det er traumesensitiv praksis som gjør noe med at grenser og konsekvenser uteblir, eller om det er noen andre faktorer, som for eksempel for-forståelse som grensesetting og konsekvenser påvirkes av?

6 Tilbakeblikk på oppgaven

Oppgaven har gjort meg bevisst på at teori og praksis ikke alltid er like lett å forene. «Traumebevisst omsorg» er en forståelsesramme som er fylt med mye god teori og som høres revolusjonerende når en lærer om den. På den andre siden dukker det opp noen begrensninger når den skal anvendes i praksis, eksempelvis, det at vi forstår og anvender traumesensitiv praksis forskjellig. Det har jeg erfart i praksis og ikke minst som miljøterapeut i nåværende jobb. Videre føler jeg at oppgaven har gjort meg bevisst på de begrensningene som traumesensitivt arbeid fører med seg, slik at jeg er bedre rustet til å reflektere rundt praksis jeg utfører. I tillegg har oppgaven gjort meg bedre rustet til å jobbe flere forskjellige plasser som har tatt «traumebevisst omsorg» i bruk som for eksempel, skole, barneverntjenesten, institusjon med mer. Jeg har fått en kompetanse og forståelse som jeg skal ha nytte av videre i arbeidslivet. Sist, men ikke minst, hadde det vært spennende å kunne utvide prosjektet der jeg kunne intervjuer både assistenter, ekstravakter og ungdom. Det hadde kastet et helt annet lys på forskningen min. Prosjektet mitt hadde fått en annen dybde, og i tillegg hadde problemstillingen blitt belyst fra flere synspunkter.

Litteraturliste

* = selvvalgt pensum

Amble, L. & Dahl-Johansen, C. (2016). *Miljøterapi som behandling ved komplekse traumer hos barn og unge*. Universitetsforlaget. s. 19-36 *

Andersen, A. (2018). For ensidig fokus på traumer? <https://rvtssor.no/aktuelt/173/for-ensidig-fokus-pa-traumer-stressbevisst-praksis-like-viktig-som-traumebevisst-praksis/> *

Andersen, L.I. (2014). Traumebevisst tilnærming. I S. Søftestad & I.L. Andersen (Red.), *Seksuelle overgrep mot barn: Traumebevisst tilnærming* (s. 53-68). Universitetsforlaget. *

Angelin, J.P. (2002). *Pain, normality, and the struggle for congruence. Reinterpreting residential care for children and youth*. Haworth Press. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.uis.no/lib/uisbib/reader.action?docID=1639373> s. 49-59 *

Barne- og likestillingsdepartementet (2018). *Undersøkelse av Fylkesmannen i Hordaland sitt tilsyn med Vestlundveien – oversendelse av rapport*. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/undersokelse_av_fm_hordalands_tilsyn_med_vestlundveien_ungdomssenter.pdf s. 1-32*

Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma – Informed Care, 17(3), 17-22. https://www.hope.ms.gov/sites/mccj/files/Hope%20training%20January%202021/read_3%20Pillars%20of%20TIC.pdf *

Bath, H. (2015). The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours, 23(4), 5-12. https://www.traumebevisst.no/kompetanseutvikling/filer/23_4_Bath3pillars.pdf *

Bath, H. (2017). The trouble with the trauma. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 16(1), 1-12. https://www.traumebevisst.no/program/kongsgard/filer/Bath_H_The_Trouble_with_Trauma.pdf *

Benum, K. (2014). Terapeuten i møtet mellom sterke påkjenninger og profesjonell egenomsorg. I T. Anstrom & K. Benum (Red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 349-358). Universitetsforlaget. *

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal Akademisk. s. 51-62, 63-93, 148-165, 235-242 *

Donisch, K., Bray, C. & Gewirtz, A. (2016). Child Welfare, Juvenile Justice, Mental Helth, and Education Providers` Conceptualizations of Trauma – Informed Practice, 21(2), 125-134. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559516633304> *

Dønnestad, E. (2015). Hjerne – opplysnings for barn. <https://rvtssor.no/aktuelt/33/hjerne-opplysning-for-barn/> *

Ergo, T. (2016, 30. januar). Glassjenta. *Aftenbladet, A-magasin*. <https://mm.aftenbladet.no/2016/glassjenta/> *

Flermoen, S. (2016). *Søkelys på organisasjoner og ledelse: Innføring for helse-og sosialsektor*. Fagbokforlaget.

FO, Fellesorganisasjonen (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleier og velferdsvitere*. <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf> s. 1-15*

Fylkesmannen i Hordaland, Rogaland og Troms. (2016). Dei forsto meg ikkje. <https://www.statsforvalteren.no/contentassets/21c2006e3f3d45918321c006a5a370e7/dei-forsto-meg-ikkje---tilsynsrapport.pdf> s. 1-61 *

Gustumhaugen, K.; Dønnestad, E. & Steinkopf, H. (2017). *Miljøterapeuten: Mennesket som metode i miljøterapi*. Universitetsforlaget. *

Hansen, A. & Jarlsbo, R. (2020). Et medieblikk på dagens situasjon i barnevernsinstitusjoner i Norge. I O. Stokvold, B. Landmark & G.O. Lillevik (Red.), *Miljøterapi i barnevernsinstitusjoner: Juridiske, teoretiske og praktiske tilnærminger* (s. 22-26). Fagbokforlaget.

Hansen, A. & Jarlsbo, R. (2018). Barnevernets engler: Metoderapport til Skup. *Dagbladet, Magasinet*. <https://www.skup.no/sites/default/files/metoderapport/2019-02/dagbladet---barnevernets-engler.pdf> s. 1-19*

Harris, M. & Fallot, R.D. (2009). Creating Cultures of Trauma-Informed Care (OCTIC): A Self – Assessment and Planning Protocol, 1-19
<https://www.theannainstitute.org/CCTICSELFASSPP.pdf> s. 1-19*

Helgensen, A. L. (2018). *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi*. (3.utg.). Cappelen Damm As.

Hoopper, E.K., Bassuk, E.I. & Olivet, J. (2010). Shelter from the Storm: Trauma – Informed Care in Homelessness Services Settings. *The open health services and policy Journal*, (3, s. 80-100).
https://www.researchgate.net/publication/239323916_Shelter_from_the_Storm_Trauma-Informed_Care_in_Homelessness_Services_Settings2009-08-202009-09-282010-03-22 s. 80-100*

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4.utg.). Fagbokforlaget. s. 93-108 *

Jarlsbo, R. & Hansen, A. (2018, 28.juni). Heroinsprøyter, narkofest og luksusbiler. Legges ned etter knusende rapport. *Dagbladet*. <https://www.dagbladet.no/nyheter/heroinsproyter-narkofest-og-luksusbiler-legges-ned-etter-knusende-rapport/69954244> *

Jørgensen, T.W. & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg. *Fosterhjemskontakt*, 1, 1-17.
<https://rvtssor.no/filer/backup/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf> *

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal Akademisk. s. 19-294*

Larsen, E. (2018). *Miljøterapi med barn og unge: Organisasjonen som terapeut*. Universitetsforlaget. *

Larsen, E. (2012). Hva gjør miljøterapi mulig? I K. Mevik & E. Larsen (Red.), *Miljøterapeutisk praksis: Fortellinger fra arbeidet med utsatte barn og unge* (s. 101-110). Universitetsforlaget. *

Lillevik, O.G. (2020). Tvang og omsorg. I O.L. Lillevik, B. Landmark & Ø. Stokvold (Red.), *Miljøterapi i barnevernsinstitusjoner: Juridiske, teoretiske og praktiske perspektiver* (s. 131-166). Fagbokforlaget.

Lillevik, O.G., Stokvold, Ø. & Landmark, B. (2020). Utøvelse av omsorg og vern av integritet. I O.L. Lillevik, B. Landmark & Ø. Stokvold (Red.), *Miljøterapi i barnevernsinstitusjoner: Juridiske, teoretiske og praktiske perspektiver* (s. 75-104). Fagbokforlaget.

Nordanger, D.Ø. & Braarud, C.H. (2014). Regulerings som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologi forening*, 51(7), 530-536. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny> *

Nordanger, D.Ø. & Braarud, C.H. (2020). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.

Postholm, M. B. (2020). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Pope, A. (2014). *An Essay on Criticism*. Cambridge At the University Press. *

Rosten, H. (2020). Traumebevisst omsorg – veien videre. I O. Stokvold, B. Landmark & G.O. Lillevik (Red.), *Miljøterapi i barnevernsinstitusjoner: Juridiske, teoretiske og praktiske tilnærminger* (s. 243-268). Fagbokforlaget.

Røkenes, H.O. & Hanssen, P.H. (2017). *Bære eller bryte: Kommunikasjon i arbeid med mennesker* (3.utg.). Fagbokforlaget.

Siegel, D.J. (1999). *The developing mind. How relationships and the brain interact to shape who we are.* The Guilford Press. *

Skilbrei, M. (2019). *Kvalitative metoder: Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon.* Fagbokforlaget. s. 11-33, 57-90, 171-188 *

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2016). *Miljøterapi boken: Mentalisering som holdning og handling.* Gyldendal Akademisk. s. 17-26, 29-41 *

Steinkopf, H., Nordanger, D., Stige, B. & Milde, M. (2020). How do staff in residential care transform Trauma Informed principles into practice? A qualitative study from a Norwegian child welfare context., 1-15. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1857821> *

Stolanovski, P.A. & Rønnestad, H. (1997). *Profesjonell utvikling i psykososialt arbeid.* Cappelen Akademisk. *

Strømfors, G. & Edland-Gryt, M. (2018). *Jeg visste ikke at jeg kunne så mye: Praxisrefleksjon på arbeidsplass.* Gyldendal Akademisk.

Søftestad, S. (2018). *Grunnbok i arbeid med seksuelle overgrep mot barn.* Universitetsforlaget. s. 74-92, 95-109*

Tetzchner, V.S. (2018). *Utviklingspsykologi (2.utg.).* Gyldendal Akademisk.

Thargaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode.* Fagbokforlaget. s. 45-61 *

Thidemann, J. I. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving (2.utg.).* Universitetsforlaget *

Topor, A. (1996). *Hjemmetjenesten: kunnskap og erfaring.* Kommuneforlaget. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008071000038 s. 7-18*

Tønnesen, M. (2018). *Ex. Phil. For sosialfag. (2. utg.).* Universitetsforlaget.

Øien, M. & Hansen, S.B. (2018). *Erfaringer med traumebevisst omsorg i kommunale psykisk helse og sosiale tjenester (Masteroppgave).* Universitetet i Agder, Kristiansand.*

Vedlegg

Vedlegg 1 – Forespørsel om å få gjennomføre intervju

Stavanger, 17.02.2021.

Forespørsel om å intervju miljøterapeuter ved deres organisasjon

Mitt navn er xxxx, og jeg går på bachelor i Barnevern ved Universitetet i Stavanger. Jeg henvender meg til dere i forbindelse med min bacheloroppgave, «Traumebevisst omsorg i praksis», der jeg ønsker å forske på anvendelsen av traumebevisst omsorg og utfordringer, og ikke minst konsekvenser av bruk av traumebevisst omsorg hvis det er noen.

Jeg ønsker å innhente kunnskap fra miljøterapeuter som har kjennskap til «traumebevisst omsorg» og erfaring med «traumebevisst omsorg» i praksisen. I den forbindelse ønsker jeg å intervju 2-3 miljøterapeuter. Intervjuene vil være opptil en time.

Etiske hensyn

Informantene deltar frivillig og kan trekke seg underveis uten å måtte begrunne dette. All informasjon blir anonymisert, ingen informasjon skal kunne tilbakeføres.

Ingen tredjepersonsopplysninger skal innhentes og forskningsprosjektet er meldt til Norsk Senter for forskningsdata (NSD).

Gjennomføring og ferdigstilling av prosjekt

Intervjuene ønskes gjennomført i løpet av mars. Bearbeiding av materialet og forskningsprosjektet vil gjennomføres våren 2021.

Prosjektslutt er 18.05.2020.

Med vennlig hilsen,

xxxx

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Intervjuguide

Problemstilling

«Hvordan opplever miljøterapeuter at «traumebevisst omsorg» blir forstått og anvendt i praksis på en barnevernsinstitusjon?».

- Presentere meg selv
- Informere om prosjektet
- Gjennomgang av hvordan intervjuet dokumenteres og anonymisering
- Samtykke og formidle retten til å avbryte prosessen hvis informant ønsker

1 Informasjon om informant

- Jobberfaring og fartstid i nåværende jobb
- Kurs og videreutdanning om «traumebevisst omsorg»?
- Informantens erfaringer rundt temaet
- Fra egne erfaringer, hvordan opplever du traumebevisst omsorg blir anvendt i praksis?
- Kan du nevne noen positive forandringer som har skjedd i institusjonsbarnevernet siden «traumebevisst omsorg» er blitt tatt i bruk?

2 Nøkkelspørsmål/hoveddel av intervju

2.1 Generelt om «traumebevisst omsorg»

- 1) Rosten (2019) påpeker at det at enkelte institusjoner sliter med å forklare hva som ligger i begrepet «traumebevisst omsorg», kan henge sammen med at tilnærmingen er i liten grad tydelig definert, og ikke minst fylt med konkret faglig innhold. Hva tror du ligger i begrepet «traumebevisst omsorg»?
- 2) Tror du «traumebevisst omsorg» som en tilnærming er forståelig nok?
- 3) Hva innebærer det for deg å jobbe traumebevisst?

- 4) Kan du nevne noen svakheter og styrker ved «traumebevisst omsorg»?
- 5) Det er tre grunnpilarer som står sentralt i tilnærmingen; trygghet, relasjon og affektregulering. Hva legger du i disse?
- 6) «Traumebevisst omsorg» ble ganske raskt innført. Tror du det kan ha ført til at enkelte institusjoner ble usikre på hva de har lov til og ikke i arbeid med ungdommene? Begrunn.
- 7) Vestlundveien – ungdomssenter var svært opptatt av at de var en av de første i Norge som tok i bruk «traumebevisst omsorg». De mente blant annet at tvangsbruk kunne virke retraumatiserende. I stedet for å rusteste ungdommene, som de faktisk hadde hjemmel i loven, ville de at ungdommene med rusproblemer selv skulle fortelle når de brukte rusmidler. Hva tenker du om dette?
- 8) Mener du at dere får nok opplæring i «traumebevisst omsorg», og hvordan dere skal anvende «traumebevisst omsorg»?

2.2 Erfaringer med «traumebevisst omsorg»

- 1) Hvordan opplevde du overgang til «traumebevisst omsorg»?
- 2) Hvordan fungerer «traumebevisst omsorg» i praksis? Gir den gode og tydelige rammer?
- 3) Hvordan opplever du «traumebevisst omsorg» påvirker grensesetting?
- 4) Ifølge Kvello og Lillevik (2019) står grensesetting og konsekvenser sentralt i utøvelsen av omsorg og oppdragelse. Bidrar «traumebevisst omsorg» til at grensesetting og konsekvenser uteblir? Hva tenker du om dette?
- 5) Opplever du det er noen utfordringer med anvendelsen av «traumebevisst omsorg» i praksis?
- 6) Opplever du at vi miljøterapeuter bruker «traumebevisst omsorg» som begrunnelse der vi egentlig ikke skal, som for eksempel, når ungdommene er nedlatende, respektløse eller uhøflige?
- 7) Bath (2017) påpeker i sin artikkel «The trouble with trauma» at fallgraven med «traumebevisst omsorg» kan bli at «traumebevisst omsorg» brukes som forklaring på alt som er vondt og vanskelig, og at «traumebevisst omsorg» ikke minst er løsningen. Er det noe du har opplevd? Begrunn.
- 8) Opplever du at det er ulike oppfatninger om «traumebevisst omsorg» og hvordan «traumabevisst omsorg» skal brukes i praksis?

2.3 Andre metoder (overgangen til «traumebevisst omsorg»)

- 1) Hvordan jobbet dere før med traumer?
- 2) Er det noen andre måter eller metoder som anvendes med barn som er blitt utsatt for komplekse traumer?
- 3) Kjenner du til andre metoder som fungerer like så bra?
- 4) Opplever du at på grunn av den utbredte bruken av «traumebevisst omsorg», andre metoder har blitt stilt til side?
- 5) Har du hørt om «the Neurosequential Model of Therapeutics NMT»? (NMT er en alternativ til «traumebevisst omsorg», en utviklingssensitiv og nevrovitenskapelig informert tilnærming til klinisk problemløsning. Modellen bygger på den samme kunnskapen som «traumebevisst omsorg», med en særlig vektlegging av den komplekse utviklingen av hjernen og hvordan forstyrrelser i disse prosessene kan gi ulike komplekse konsekvenser)

Til slutt:

Hva mener du hvordan miljøterapeuter kan ivareta beboere på barnevernsinstitusjon og ta i bruk traumebevisst omsorg?

Har du noe du ønsker å legge til som kan være med på å belyse oppgavens problemstilling?

«Hvordan opplever miljøterapeuter at «traumebevisst omsorg» blir forstått og anvendt i praksis på en barnevernsinstitusjon?».

Tusen takk for at du stilte opp til intervju!

Vedlegg 3 – Frivillig informert samtykkeskriv

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Traumebevisst omsorg i praksis*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 Meldeskjema

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvordan traumebevisst omsorg (TBO) blir brukt i praksis på en barnevernsinstitusjon?

Referansenummer

894204

Registrert

27.02.2021 av Petra Aracic - p.aracic@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Institutt for sosialfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingunaya Myhre Larsen, Ingunn.s.myhre@uis.no, tlf: 95780411

Type prosjekt

Studentprosjekt, bachelorstudium

Kontaktinformasjon, student

Petra Aracic, aracic.petra@gmail.com, tlf: 48409668

Prosjektperiode

25.02.2021 - 18.05.2021

Status

19.03.2021 - Vurdert med vilkår

Vurdering (2)

19.03.2021 - Vurdert med vilkår

NSD bekrefter å ha mottatt et revidert informasjonsskriv. Vi gjør oppmerksom på at vi ikke foretar en vurdering av skrivet, og vi forutsetter at du har foretatt de endringene vi ba om. Dokumentasjonen legges ut i Meldingsarkivet og er tilgjengelig for din institusjon sammen med øvrig prosjektdokumentasjon. Vurderingen med vilkår gjelder fortsatt.

11.03.2021 - Vurdert med vilkår

NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår.

HVA MÅ DU GJØRE VIDERE?

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE?

NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser, eller inkluderer sårbare grupper. Vi presiserer at deltakere i prosjektet har taushetsplikt og at de bør minnes om å besvare på en slik måte at denne ikke brutt. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

VILKÅR

Vår vurdering forutsetter:

1. At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet
2. At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under)
3. At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt.
4. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser
5. At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon)
6. Dersom du er student skal du dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (din veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» øverst til venstre i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Dersom invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.
7. Om deler av utvalget vil kunne gjenkjennes direkte eller indirekte i publikasjon må du innhente eksplisitte samtykker. Vi anbefaler at utvalget gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.
8. Utvalget ditt har taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkelt personer eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE

De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse. Informasjonen du gir må minst inneholde:

- Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til
- Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
- Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn
- Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring

- At du behandler opplysninger om den registrerte (utvalget ditt) basert på deres samtykke / At du behandler opplysningene om dine deltagere basert på deres samtykke
- At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)
- At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet
- Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)
- Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekklister-for-informasjon-til-deltakerne/>

Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 18.05.2021.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

NSD SIN VURDERING

NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkårene nevnt over, vurderer NSD at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)