



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BVP331-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	30-04-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	14-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BVP331 1 H 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	302
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7934
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	25
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	365

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



## BACHELOROPPGAVE

### **Tittel: “Når barndommen slår tilbake”**

*Hvilken sammenheng er det mellom omsorgssvikt og psykiske vansker som voksen? Og hvordan kan vernepleierens kompetanse være relevant i arbeid med personer som har vært utsatt for omsorgssvikt?*

### **Title: “When childhood strikes back”**

*Which association is it between child maltreatment and mental health problems in adulthood? And how can the social educators competence be relevant while working with people who have been exposed to child maltreatment?*

## Kandidatnummer: 302 og 365

Bachelor i Vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

14. mai 2021

Antall ord: 7934

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Tittelen på bacheloroppgaven vår er “Når barndommen slår tilbake”.

Vi har undersøkt sammenhengen mellom omsorgssvikt og psykiske vansker senere i livet, samt vernepleierens rolle i arbeid med personer som har opplevd omsorgssvikt i oppveksten.

**Formål:** Formålet med denne bacheloroppgaven er å belyse problemstillingen: *“Hvilken sammenheng er det mellom omsorgssvikt og psykiske vansker som voksen? Og hvordan kan vernepleierens kompetanse være relevant i arbeid med personer som har vært utsatt for omsorgssvikt?”*

**Metode:** Vi har benyttet litteraturstudie som metode, og har inkludert fem fagfellevurderte forskningsartikler.

**Resultater:** Gjennom vårt litteratursøk fant vi forskning som bekrefter sammenheng mellom omsorgssvikt og psykiske vansker, som depressive lidelser og angstlidelser i voksen alder.

**Konklusjon:** Omsorgssvikt medfører økt risiko for psykiske vansker senere i livet. Vernepleierens kompetanse kan være relevant i arbeidet med brukergruppen, da vernepleiere har kompetanse innen målrettet miljøarbeid. Likevel kreves en tverrfaglig tilnærming, da vernepleierens kompetanse alene ikke kan gi tjenestemottakerne et helhetlig tjenestetilbud.

**Nøkkelord:** omsorgssvikt, barndomstraumer, psykisk helse, psykiske vansker, vernepleie.

## **Abstract**

**Background:** The title of our thesis is “When childhood strikes back”.

We have examined the long-term health effects of childhood trauma and the role of the social educator when working with the service recipients.

**Aim:** The aim of this bachelor thesis is to highlight the thesis statement: *“Which association is it between child maltreatment and mental health problems in adulthood? And how can the social educators competence be relevant while working with people who have been exposed to child maltreatment?”*

**Method:** The research method for our thesis was a literature review and five peer-reviewed research articles have been included and evaluated.

**Results:** Through our literature search we found research that confirms the association between child maltreatment and adult mental illness, such as depression and anxiety disorders.

**Conclusion:** Child maltreatment increases the risk of mental illness in adulthood. Social educators' knowledge can be relevant because of their competence in environmental therapeutic work. An interdisciplinary approach is required to provide the service recipients with a comprehensive range of services.

**Keywords:** child maltreatment, childhood trauma, mental health, mental illness, social education.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Bakgrunn</b> .....	<b>1</b>
1.1 Lovverk og politiske føringer .....	2
1.2 Valg av tema og vernepleiefaglig relevans .....	3
1.3 Formål og problemstilling .....	3
<b>2.0 Begrepsavklaringer</b> .....	<b>4</b>
2.1 Omsorgssvikt.....	4
2.2 Psykisk helse .....	4
2.3 Psykiske vansker .....	5
2.4 Depresjon .....	5
2.5 Angst.....	5
2.6 Miljøterapi/miljøarbeid.....	6
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>7</b>
3.1 Valg av metode.....	7
3.2 Forforståelse .....	7
3.3 Litteraturstudie .....	8
3.4 Styrker og svakheter .....	9
<b>4.0 Resultater</b> .....	<b>10</b>
Norman et al., (2012). "The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis" .....	10
Gardner et al., (2019). "The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis" .....	10
McKay et al., (2020). "Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies" .....	11
Thorbjørnsen et al., (2014). "Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid - en kvalitativ studie" .....	11
Meng et al., (2018). "Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review" .....	12
<b>5.0 Hvilken sammenheng er det mellom omsorgssvikt og psykiske vansker som voksen? Og hvordan kan vernepleierens kompetanse være relevant i arbeid med personer som har vært utsatt for omsorgssvikt?</b> .....	<b>13</b>
5.1 Sammenheng mellom omsorgssvikt og psykiske vansker .....	13
5.2 Vernepleierens kompetanse.....	18
<b>6.0 Avslutning</b> .....	<b>26</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>27</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>34</b>
Vedlegg 1: Dokumentasjon av søk.....	34
Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel.....	39
Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie .....	44

## 1.0 Bakgrunn

Denne oppgaven handler om omsorgssvikt og de langsiktige psykiske konsekvensene dette kan medføre for et menneske. "Med omsorgssvikt (maltreatment) forstår vi at foreldre, eller de som har omsorgen for barnet påfører det fysisk eller psykisk skade eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske utvikling er i fare" (Kempe, 1979, referert i Killèn, 2017, s. 39). Omtrent 5% av alle barn og unge i Norge vokser opp i hjem preget av barnemishandling og/eller omsorgssvikt. Videre anslås prevalens av omsorgssvikt gjennom oppveksten til å ligge på 5-10% av alle jenter og gutter (Norsk barnelegeforening, 2020). Vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen er blant de største risikofaktorene for fysisk og psykisk uhelse (Mental Helse, 2018). Med psykisk uhelse mener vi forekomst av psykiske vansker, herunder helseplager og psykiske lidelser (Bufdir, 2019). Psykiske helseplager kan forstås som tilstander som oppleves som belastende, men ikke i en slik grad at det karakteriseres som en diagnose. Psykiske lidelser derimot, er diagnoser som stilles på bakgrunn av karakteristikker, og er som regel mer belastende og langvarige enn psykiske helseplager (Norsk Helseinformatikk, 2018). Omsorgssvikt medfører langtidskonsekvenser, og en rekke studier kan dokumentere forekomst av psykiske vansker hos voksne som har vært utsatt for omsorgssvikt i barndommen (Herman et al., 1989; Briere & Runtz, 1990; Kluft, 1990; Anderson et al., 1993; Rowan & Foy, 1993; Rowan et al., 1994; Kirkengen, 2007, referert i Killèn, 2017, s. 69).

I denne bacheloroppgaven vil vi innledningsvis redegjøre for lovverk og politiske føringer, valg av tema og vernepleiefaglig relevans. Deretter vil vi presentere oppgavens formål og problemstilling, samt forklare sentrale begreper. Videre vil vi beskrive anvendt metode og presentere resultater av vårt litteratursøk. Kunnskapsfeltet utviklings- og sosialpsykologi danner bakteppet for oppgaven, og vil redegjøres for i en diskusjonsdel. I oppgavens diskusjonsdel vil vi også drøfte resultater og teori opp mot vår problemstilling.

Avslutningsvis i oppgaven vil vi oppsummere viktige funn.

### 1.1 Lovverk og politiske føringer

I Norges offentlige utredninger nr. 12: "Svikt og svik" påpeker utvalget at vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt i barndommen er en av de største truslene mot folkehelsen. Ved gjennomgangen har utvalget også sett på hvilken smerte og hvilke tap slike belastninger i ung alder medfører, for det enkelte barnet og i et samfunnsperspektiv (NOU 2017:12, s. 27). Lov om folkehelsearbeid har som formål å fremme helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold i befolkningen, samt bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (Folkehelseloven, 2011, § 1). Det er nedfelt i FNs barnekonvensjon at barn og unge har rett til en trygg og god oppvekst, uavhengig av bakgrunn og bosted (Barne- og familiedepartementet, 2020). Videre følger det av kapittel 19 at staten skal beskytte barnet mot fysisk eller psykisk mishandling, forsømmelse eller utnyttelse fra foreldre og andre omsorgspersoner (Barnekonvensjonen, 1989).

"Familien danner grunnlaget for barns livskvalitet og psykiske helse. I en trygg familie får barna omsorg og kjenner tillit, noe som er viktig når de senere i livet skal skape gode relasjoner til andre mennesker" (Folkehelseinstituttet, 2019). Det er dokumentert at det vil være skadelig for barn å leve i et hjem hvor de føler seg utrygg. Når barn ikke føler seg trygg over en lengre periode kan det føre til økt stressnivå. Langvarig stress er særlig skadelig for et barn, da det kan føre til ulike psykiske og fysiske helseplager. Videre er det dokumentert at slike stressbelastninger kan øke sannsynligheten for å falle ut av skole og arbeidsliv senere i livet (Bufdir, 2020).

Omsorgssvikt kan medføre en rekke langvarige helseplager. Norsk barnelegeforening (2020) trekker blant annet frem posttraumatiske stressreaksjoner, atferdsendring, rusproblematikk og somatiske symptomer som kan medføre et behov for helse- og omsorgstjenester. Etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011, § 1-1) er lovens formål særlig å "forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne". Loven tydeliggjør dermed kommunenes "sørge-for-ansvar" og skal gjennom tjenesteorganisering bidra til å "fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer (...)".



## 1.2 Valg av tema og vernepleiefaglig relevans

En vernepleier kan tilrettelegge for, og bistå personer med ulike fysiske-, sosiale- og kognitive utfordringer, og jobber blant annet innen psykisk helsearbeid, rusomsorg, barnevern og hjemmebaserte tjenester (Fellesorganisasjonen, u.å.-a). Yrkesutøvere har som sitt samfunnsoppdrag å bistå mennesker som har behov for hjelp, for å sikre menneskeverdige levekår og livskvalitet (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 3). Omsorgssvikt kan medføre økt risiko for fysisk og psykisk uhelse, kriminalitet og rusproblematikk senere i livet (Clausen & Kristofersen, 2008, referert i Killèn, 2017 s. 69). Dermed vil vernepleiere med høy sannsynlighet møte personer som har vært utsatt for omsorgssvikt. Det følger av rammeplanen for vernepleierutdanningen at vernepleiere skal ha forståelse for konsekvenser av ulike funksjonsvansker, somatiske sykdommer og psykiske lidelser (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 5). Videre skal vernepleiere kunne kartlegge og analysere sammenhengen mellom samfunnsmessige forhold og livssituasjonen til tjenestemottakerne. Dette kan sees i sammenheng med omsorgssvikt og de langsiktige fysiske og psykiske konsekvensene dette kan medføre.

## 1.3 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er å undersøke langtidskonsekvenser av omsorgssvikt og hvordan vernepleierens kompetanse kan være relevant innen psykisk helsearbeid. For å besvare vår problemstilling, trenger vi kunnskap om sammenhengen mellom omsorgssvikt i oppveksten og forekomst av psykiske vansker senere i livet. Dermed vil vi undersøke hvordan mangel på omsorg og trygghet i barndommen kan påvirke psykologisk utvikling. På bakgrunn av dette har vi formulert følgende problemstilling:

*“Hvilken sammenheng er det mellom omsorgssvikt og psykiske vansker som voksen? Og hvordan kan vernepleierens kompetanse være relevant i arbeid med personer som har vært utsatt for omsorgssvikt?”*

Problemstillingen er avgrenset til å handle om voksne personer med psykiske vansker som har opplevd omsorgssvikt, og mottar behandling fra tjenesteapparatet.

## 2.0 Begrepsavklaringer

### 2.1 Omsorgssvikt

Vi vil ta utgangspunkt i denne definisjonen av omsorgssvikt fra Barne- ungdoms-, og familiedirektoratet:

Omsorgssvikt er en vedvarende manglende evne eller vilje hos omsorgspersonene til å møte barnets grunnleggende fysiske, emosjonelle, psykiske og/eller medisinske behov. Omsorgssvikt kan være både utilsiktet og tilsiktet fra omsorgsgiverens side, og er sjeldent et enkelt tegn eller symptom, men et sammensatt bilde av ulike faktorer. (Bufdir, 2018)

Norsk Barnelegeforening (2020) forklarer omsorgssvikt gjennom fire underkategorier:

1. Fysisk omsorgssvikt omhandler manglende tilrettelegging, struktur og veiledning fra barnets omsorgsgivere for å dekke barnets fysiologiske behov og vernes mot fare.
2. Psykisk omsorgssvikt omfatter forhold som kan hindre barnets utvikling av grunnleggende trygghet, tilhørighet, selvrespekt og kunnskap om seg selv og omverdenen. Eksempel på slike forhold kan være mangel på tilstedeværelse, forutsigbarhet og kjærlighet fra omsorgsgiver.
3. Omsorgssvikt knyttet til opplæring innebærer neglekt i forhold til barnets opplæringsbehov, herunder rett til skolegang.
4. Medisinsk omsorgssvikt innebærer at omsorgsgiver på ulike måter hindrer at barnet mottar nødvendig helsehjelp, ved blant annet utsettelse eller avvising av behovet.

### 2.2 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lidelse» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). En slik definisjon viser at helse ikke kun omfatter fysisk

sykdom, og vektlegger at hvordan man har det psykisk og i relasjon til andre også er av betydning.

I Norge beskrives psykisk helse også som:

En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand – ikke bare fravær av sykdom og vansker. (Nasjonalt senter for e-helseforskning, u.å.)

### 2.3 Psykiske vansker

Psykiske vansker innbefatter psykiske helseplager og psykiske lidelser (Bufdir, 2019). Med psykiske helseplager menes tilstander som oppleves belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser. Dette kan ofte påvirke tanker, følelser, atferd og væremåte. Helseplagene kan medføre en redusert livskvalitet og påvirke dagliglivet (Norsk Helseinformatikk, 2018).

Psykisk lidelse er en fellesbetegnelse for lidelser og sykdommer som er kjennetegnet først og fremst ved subjektivt sterkt plagsomme psykiske symptomer over lengre tid med samtidig redusert funksjon i dagligliv eller arbeid i forhold til hva som var personens vanlige funksjonsnivå før lidelsen debuterte. (Legeforeningen, u.å.)

### 2.4 Depresjon

Depresjon er en tilstand som karakteriseres ved senket stemningsleie, interesse- og gledesløshet, energitap eller økt trettbarhet. For å stille diagnosen kreves det vanligvis en varighet på minst to uker (Norsk helseinformatikk, 2019).

### 2.5 Angst

“Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptomet er angst (irrasjonell frykt). Angst kan enten være knyttet til bestemte objekter eller situasjoner, eller

være en mer ubestemt tilstand preget av vedvarende uro og bekymring” (Helsedirektoratet, 2018b).

## 2.6 Miljøterapi/miljøarbeid

Miljøterapi er et arbeid som utspiller seg i møter mellom mennesker, hvor både menneskenes styrke og muligheter, så vel som sårbarhet og avhengighet av hverandre, spiller seg ut. Miljøterapi tar utgangspunkt i pasientens ståsted og dennes ressurser, og miljøterapeuten benytter samspillet mellom bruker, seg selv, og de omkringliggende omgivelser på en rekke ulike arenaer både i og utenfor institusjonen. (Helsedirektoratet, 2017)

“Definisjonen av miljøarbeid kan variere noe, men det dreier seg om en faglig tilnærming for å påvirke både *rammefaktorer* og *individuelle forutsetninger* i retning av økt livskvalitet og mestringsevne hos brukeren” (Brask et al., 2016, s. 23-24).

Miljøterapi og miljøarbeid brukes om hverandre. Det er i tidligere definisjoner lagt vekt på å tilrettelegge for et miljø hvor personer kan gis muligheter til læring, mestring og personlig ansvar. Miljøterapi som tidligere ble brukt om behandling, har i nyere tid mer fokus på trivsel, lærings- og endringsarbeid i miljøet hvor tjenestemottaker befinner seg, og anerkjenner tjenestemottaker som en selvstendig medvirkende part (Nordlund et al., 2015, s. 27-28). Vi ser derfor på disse begrepene som synonymer i oppgaven.

### 3.0 Metode

I dette kapitlet vil vi redegjøre for anvendt metode. Innledningsvis vil vi beskrive valg av metode og presentere vår forforståelse om temaet. Deretter vil vi forklare litteraturstudie som metode. Avslutningsvis vil vi presentere vår søkestrategi, samt styrker og svakheter ved valgt metode.

#### 3.1 Valg av metode

Metoden er redskapet vårt i møte det det vi vil undersøke, og hjelper oss med å samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen (Dalland, 2017, s. 52). På bakgrunn av bacheloroppgavens klare avgrensninger i forhold til omfang og innlevering, vil vi bruke litteraturstudie som metode i oppgaven. Vi anser dette som en egnet metode for å besvare vår problemstilling, da litteraturstudie innebærer systematisering av kunnskap. Å systematisere kunnskap vil si å søke, samle, vurdere og sammenfatte den. Dette arbeidet er nyttig for å få en oversikt over eksisterende kunnskap på området (Støren, 2013, s. 17).

#### 3.2 Forforståelse

Vi starter ikke med blanke ark når vi skriver en oppgave. Vi har alltid med oss fordommer og tanker inn i det vi skal undersøke, dette er vår forforståelse. Det er lett å la seg påvirke til å kun se det som kan bekrefte vår forforståelse. Når vi har klargjort hvilke tanker vi har om temaet, er det lettere å se etter sider som også kan avkrefte disse. Hvis vi synliggjør tankene i forkant, kan vi bli åpne for andre meninger og skape ny forståelse (Dalland, 2017, s. 58).

Vårt inntrykk er at personer som har vært utsatt for omsorgssvikt i barndommen sannsynligvis er mer tilbøyelig for å utvikle psykiske vansker og rusproblematikk. Samtidig vet vi at enkelte klarer seg bra til tross for opplevelser og erfaringer som kan ha bydd på risiko. Vi har også forståelse for at personlige egenskaper har betydning for hvordan en reagerer på belastning, og at personer som har vært utsatt for samme type motgang dermed kan reagere svært ulikt.

Vi mener omsorgssvikt er et viktig tema som i liten grad er berørt i pensum for dagens vernepleierutdanning. Ut fra vår forforståelse vil vernepleiere med stor sannsynlighet møte

personer som utsettes for eller har vært utsatt for omsorgssvikt for eksempel ved arbeid i skole, bofellesskap, rusomsorg eller psykiatri. Vi mener derfor at temaet bør tillegges større fokus ved vernepleierutdanningen.

### 3.3 Litteraturstudie

“I en litteraturstudie er det *litteraturen* du studerer, altså det som er undersøkt og *skrevet* om virkeligheten (*empirien*) av artikkelforfatterne” (Støren, 2013, s. 16). Litteraturstudie er en omfattende studie og tolkning av litteratur som omhandler et bestemt emne eller tema. En identifiserer da et forskningsspørsmål og forsøker å svare på spørsmålet ved å søke eller analysere relevant litteratur ved hjelp av en systematisk tilnærming. Først og fremst gjør litteratursøk oss i stand til å få en omfattende oversikt og oppsummering av tilgjengelig informasjon om et bestemt emne. Litteraturstudier er nyttige for helse- og sosialtjenesten, da de gjør at undersøkelser kan sees i bredere sammenheng (Aveyard, 2019, s. 4). Slike studier gir tilgang på store mengder med oppdatert kunnskap på spesifikke områder, og en bør som hovedregel ta sikte på en systematisk tilnærming (Aveyard, 2019, s. 3).

Kildekritikk er metoden som anvendes for å bedømme kilders troverdighet. Metoden utøves også for å vurdere og karakterisere litteratur (Dalland, 2017, s. 152). I vår oppgave har det vært viktig å vurdere hvorvidt teori og forskningsresultater fra utvalgte studier bidrar til å svare på oppgavens problemstilling. I arbeidet med oppgaven har vi benyttet helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering, for å vurdere validitet og reliabilitet i forskningsartiklene. Sjekklister presenteres i vedlegg 2 og vedlegg 3.

Kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i sin praksis. Et viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis er å lete etter oppsummert forskning fremfor enkeltstudier. Kunnskapspyramiden er en modell som kategoriserer kunnskapskilder i fem nivåer som illustrerer kvaliteten på kildene gjennom et hierarki. Som hovedregel starter man søket øverst i hierarkiet, da disse kildene baserer seg på kvalitetsvurdert og oppsummert forskning i en klinisk kontekst. Kvaliteten på de ulike kunnskapskildene er høyest øverst i kunnskapspyramiden (Folkehelseinstituttet, 2016). På bakgrunn av dette startet vi søket høyt oppe i kunnskapspyramiden. For søk etter fagressurser har vi benyttet databaser som UpToDate, BMJ Best Practice, Helsebiblioteket, Cochrane Library, Epistemonikos, Idunn,

Psychinfo og ERIC. Videre har vi benyttet pensumlitteratur for å belyse vernepleierens kompetanse. Vi henviser til vedlegg 1 for utdypende informasjon om søkestrategi og kritisk vurdering av de ulike forskningsartiklene.

### 3.4 Styrker og svakheter

En styrke med litteraturstudier er at de gir oss et teoretisk perspektiv og grunnmur (Øvern, 2014, lysark 5). Ved litteratursøk kan man finne systematiske oversikter, fagartikler og studier som inneholder og vurderer ulike enkeltstudier innenfor samme tema. Dette kan sees på som en styrke ved at man får et helhetlig bilde av emnet man undersøker. En annen styrke er at mange av studiene er internasjonale, slik at man kan vurdere forskjeller og likheter i ulike kulturer og land. Samtidig kan dette også sees på som en svakhet, da forskningsartiklene som er tilgjengelig for oss er engelskspråklige. Dette kan medføre at vi trekker slutninger som vi tror forskningsartiklene representerer, som kan resultere i feiltolkning av budskapet. Vi kan dermed miste betydningsfull informasjon i prosessen. En svakhet ved bruk av internasjonale studier kan være kulturforskjellene. Det er eksempelvis ikke gitt at det som defineres som omsorgssvikt i skandinaviske land innebærer det samme i land utenfor Skandinavia. En annen svakhet ved litteraturstudie som metode er at en bruker informasjon som allerede finnes, man utvikler dermed ikke ny og selvstendig kunnskap, og ettersom litteraturen allerede finnes kan en ikke alltid få en egen vinkling (Øvern, 2014, lysark 5).

## 4.0 Resultater

I dette kapittelet vil vi redegjøre for resultater av litteratursøk. Vi vil presentere oppdatert forskning knyttet til sammenhenger mellom omsorgssvikt i oppveksten og psykiske vansker senere i livet. Vi vil også presentere fagartikler knyttet til resiliens, og relasjoners betydning innen psykisk helsearbeid.

Norman et al., (2012). "The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis".

I denne systematiske oversikten og metaanalysen ble det identifisert 124 kvalifiserte studier, som undersøkte forholdet mellom omsorgssvikt, herunder fysiske overgrep, emosjonell misbruk eller forsømmelse mot barn, og ulike helsemessige konsekvenser.

Den systematiske oversikten inkluderte kohortstudier, tverrsnittstudier og kasus-kontrollstudier. Studien konkluderer med at omsorgssvikt har stor påvirkning på folkehelsen. Noen ganger er denne påvirkningen umiddelbar og direkte (skader og dødsfall), men oftere er den langsiktig og påvirker følelsesmessig utvikling og generell helse. Metaanalysen av dataene viser sammenheng mellom omsorgssvikt og psykiske vansker. Eksempelvis hadde barn som opplevde emosjonell omsorgssvikt en tredoblet risiko for å utvikle depressiv lidelse som referansegruppen. Barn som har vært utsatt for fysisk omsorgssvikt, herunder overgrep og vanskjøtsel hadde også høyere risiko for å utvikle depressiv lidelse i motsetning til de som ikke var utsatt for dette. Videre kunne en se sammenheng mellom omsorgssvikt og forekomst av angstlidelser, narkotikamisbruk og suicidal atferd.

Gardner et al., (2019). "The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis".

Artikkelen baserer seg på 106 publiserte kohortstudier og kasus-kontrollstudier, og omhandler sammenheng mellom omsorgssvikt i barndommen og utvikling av depresjon og angstlidelser. Studiene inkluderte seksuelt misbruk, fysisk mishandling, følelsesmessig misbruk, forsømmelse og eksponering for vold. Artikkelen viser at omsorgssvikt øker



risikoen for å utvikle psykiske lidelser. Videre hadde emosjonell omsorgssvikt en signifikant sammenheng med depressive lidelser. Det viste seg at barn som var utsatt for omsorgssvikt hadde 2,5 ganger større sannsynlighet enn andre barn for å utvikle depressive lidelser senere i livet. Studien konkluderte med at alle former for omsorgssvikt var assosiert med en betydelig økt risiko for depressive lidelser og angstlidelser.

McKay et al., (2020). "Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies".

Studien undersøkte eksponering av barndomstraumer og diagnostisert depresjon, angst, psykoselidelser eller bipolar lidelse som voksen. Resultatene er samlet i en systematisk oversikt og metaanalyse som inkluderer 23 longitudinelle kohortstudier. Studien konkluderer med at det er sterke bevis på sammenheng mellom barndomstraumer og senere psykiske lidelser. Denne forbindelsen er spesielt tydelig for eksponering for mobbing, følelsesmessig misbruk, mishandling og foreldretap. Bevisene antyder at barndom og ungdomsår er en viktig tid knyttet til risiko for senere psykiske lidelser, og en viktig periode for å fokusere på intervensjonsstrategier.

Thorbjørnsen et al., (2014). "Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid - en kvalitativ studie".

Dette er en kvalitativ studie som ser på betydningen av å vurdere tjenestemottakers symptomer som mer enn uttrykk for sykdom, og hvordan dette påvirker helsepersonells empati og holdning til tjenestemottakere. Hensikten med studien var å undersøke betydningen av å se tjenestemottakers symptomer som mestring. Data ble samlet inn ved to fokusgruppeintervju med åtte helsepersonell. Artikkelen viser at å flytte fokus fra symptom til mestring har medført flere endringer. Ved å rette oppmerksomheten på det personen formidler om seg selv, anerkjennes personen. Det skapes da en holdning blant helsepersonell om at de ønsker å forstå tjenestemottakers perspektiv og bidra til at personen får større innsikt i eget liv.

Meng et al., (2018). "Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review".

Denne systematiske oversikten inkluderer resultater fra totalt 85 studier, som undersøkte motstandsdyktighet hos barn som hadde vært utsatt for omsorgssvikt. Hensikten var å gi en oversikt over eksisterende beskyttelsesfaktorer. 11 av de inkluderte studiene undersøkte om motstandsdyktighet beskyttet mot negative konsekvenser av omsorgssvikt, og 75 av studiene undersøkte hvilke beskyttende faktorer som var forbundet med adaptiv fungering (evnen til å tilpasse seg). Studien konkluderer med at beskyttende faktorer på individuelt-, familiært- og samfunnsnivå reduserte sannsynligheten for negative konsekvenser som følge av omsorgssvikt.

5.0 Hvilken sammenheng er det mellom omsorgssvikt og psykiske vansker som voksen? Og hvordan kan vernepleierens kompetanse være relevant i arbeid med personer som har vært utsatt for omsorgssvikt?

I dette kapittelet skal vi drøfte sammenhenger mellom omsorgssvikt og psykiske vansker. Vi vil også diskutere motstandsdyktighet knyttet til negative barndomsopplevelser, og hvilke beskyttende faktorer som finnes. Deretter vil vi reflektere rundt vernepleierens kompetanse i arbeid med personer med psykiske vansker som har vært utsatt for omsorgssvikt i oppveksten.

### 5.1 Sammenheng mellom omsorgssvikt og psykiske vansker

Gjennom vårt litteratursøk fant vi forskning som viser en økt forekomst av psykiske vansker hos personer som har opplevd omsorgssvikt (Norman et al., 2012; Gardner et al., 2019; McKay et al., 2020). Barneårene er utviklingsmessig de viktigste i våre liv og danner grunnlag for hva vi bringer med oss videre i livet. Utviklingspsykologi handler om hvordan mennesker endrer seg over tid (Håkonsen, 2014, s. 39). Relasjoner til andre mennesker er sentrale for den psykologiske utviklingen (Håkonsen, 2014, s. 55-56). Ved svikt i relasjon til omsorgspersoner og mangel på grunnleggende trygghet kan barnet utvikle fryktsomhet, usikkerhet, manglende selvtillit og empati (Håkonsen, 2014, s. 46). Men hvordan påvirker omsorgssvikt barnets utvikling, og hvorfor kan dette medføre risiko for utvikling av psykiske vansker?

“I barndommen skjer de fysiske og psykologiske forandringene raskere og er av mer omfattende art enn senere i livet, og de utviklingsprosessene som skjer i barndommen, vil ha avgjørende betydning for ungdomsår, voksenalder og alderdom” (Tetzchner, 2012 referert i Håkonsen, 2014, s. 39). Omsorgssvikt kan dermed medføre alvorlige konsekvenser for barns fysiske, psykiske og sosiale tilknytning (Killén, 2017, s. 68-69). Følelsesmessig og sosial utvikling avhenger av de sosiale relasjonene vi etablerer i ulike stadier gjennom livet (Håkonsen, 2014, s. 55). Nærhet og omsorg er nødvendig for at barnet skal få en tilfredsstillende utvikling. Dermed vil barn som knytter nære relasjoner til sine omsorgspersoner ofte ha en større evne til å takle vanskelige situasjoner og danne nye relasjoner til andre. Trygg tilknytning i barneårene synes å gi barnet større evne til å

regulere egne følelser, og gjør barnet bedre i stand til å mestre utfordringer senere i livet (Skårderud & Karterud, 2007, referert i Håkonsen, 2014, s. 47).

Omsorgssvikt innebærer blant annet at barnet ikke får dekket sine grunnleggende behov for trygghet, kjærlighet, omsorg og beskyttelse (Bufdir, 2020). McKay et al., (2020) avdekket en signifikant sammenheng mellom vanskelige barndomsopplevelser og utvikling av psykiske vansker. Studien viser at omsorgssvikt, herunder barnemishandling i form av emosjonelle overgrep, fysisk forsømmelse eller annen, uspesifisert barnemishandling øker risikoen for senere psykiske lidelser. I barne- og ungdomsårene er man mer sårbar for risiko, og negative opplevelser i denne perioden kan øke sannsynligheten for utvikling av psykiske vansker. Forskning viser også at alle former for omsorgssvikt kan assosieres med depressive lidelser og/eller angstlidelser (Gardner et al., 2019). Norman et al., (2012) sin studie viser at erfaringer i barndommen kan påvirke den mentale og fysiske helsen i voksen alder, som følge av negative opplevelser i følsomme utviklingsperioder. Til tross for at studiene viser en sammenheng, må man ta hensyn til at det kan være andre faktorer enn omsorgssvikt som spiller inn. For eksempel kan barn av foreldre med depressive lidelser ha større risiko for å selv utvikle depresjon på grunn av genetisk disposisjon (Norman et al., 2012).

For å forstå hvordan omsorgssvikt kan påvirke barns mentale prosesser, har vi valgt å presentere Eriksons psykososiale utviklingsteori. Han forklarer utvikling ved hjelp av åtte ulike faser, hvor hver fase innebærer et avgjørende vendepunkt som bidrar til menneskets utvikling (Erikson, 2000, referert i Håkonsen, 2014, s. 55). Den første fasen baserer seg på erfaringer i løpet av det første leveåret, og barnet vil i denne fasen utvikle tillit eller mistillit til sine omgivelser. Dersom barnets omgivelser oppleves ustabile og behovet for nærhet og omsorg ikke dekkes kontinuerlig, kan barnet utvikle mistillit. Dette kan medføre vansker med å knytte nære sosiale relasjoner til andre senere i livet. I løpet av andre og tredje leveår vil den sentrale krisen være å oppnå kontroll uten at det medfører redusert selvfølelse. Dersom barnet opplever seg som lite kompetent, vil det utvikle en grunnleggende tvil til egen kompetanse. I den tredje fasen vil barnet utvikle evnen til initiativ eller skyld. Her vil utforskning gjennom imitasjon være sentralt for å utvikle en forståelse for sine omgivelser. Dersom barnet ikke gis mulighet til å utforske, kan barnet utvikle en dominerende opplevelse av skyld. Dette medfører ofte en begrensning i barnets aktiviteter og evne til

initiativ. I fjerde fase lærer barnet fysiske og intellektuelle aktiviteter. Målet er at barnet utvikler kreativitet, dermed vil et ugunstig resultat være at barnet utvikler underlegenhet (Håkonsen, 2014, s. 56-57).

Den femte fasen er spesielt viktig for utvikling av egoidentitet, som barnet har lagt grunnlag for gjennom tidligere faser. Krisen i denne fasen er knyttet til forvirring rundt egen identitet. Sjette fase handler om intimitet versus isolasjon. Dette innebærer at vi som voksne føler oss trygg nok til at noe av vår "private sfære" blir tilgjengelig for andre mennesker. Har man vansker med å knytte relasjoner, kan dette føre til isolasjon. Neste fase handler om å være skapende gjennom foreldrerollen og yrkesrollen. Mislykkes man i skapende aktiviteter kan det føre til en opplevelse av stagnasjon i den personlige utviklingen. Den siste fasen til Erikson handler om integritet versus fortvilelse, og innebærer at en ser tilbake på livet med aksept eller ikke (Håkonsen, 2014, s. 58).

Eriksons teori viser på mange måter hvilken betydning samspill og relasjoner har for barnets utvikling. Gjennom relasjoner til andre utvikler vi en forståelse for hvem vi er, våre verdier og selvspekt. Samspill og relasjoner er den viktigste delen i barnets oppvekst (Håkonsen, 2014, s. 183). "Sosialpsykologien studerer mennesket i samhandling med andre mennesker og hvordan vi blir påvirket av og selv påvirker andre" (Håkonsen, 2014, s. 183). Sett fra et sosialpsykologisk perspektiv vil miljøet barnet vokser opp i påvirke barnets utvikling.

For å forstå omsorgssvikt gjennom et sosialpsykologisk perspektiv vil vi forklare sammenhenger på individnivå, familienivå og samfunnsnivå. Bronfenbrenners utviklingsøkologiske teori forklarer utvikling og vekst med gjensidige påvirkningsprosesser mellom individ og miljø, og bygger på fem systemer. Utvikling og endring er et resultat av disse påvirkningsfaktorene (Helsedirektoratet, 2015). Mikrosystemet er miljøene som barnet ferdes i daglig, som familie, nærmiljø, skole og fritidsarenaer. Sentralt her er personlige relasjoner (Kvelling, 2015, s. 27). Mikrosystemet omfatter familiesystemet, omsorgssvikten og kvaliteter hos barn og foreldre (Killèn, 2017, s. 102). Samspillet mellom barnets nærmiljø kalles mesosystemet, og kan eksempelvis handle om samarbeid mellom hjem og skole. I eksosystemet finner vi viktige samfunnsinstitusjoner som kan påvirke barnets utvikling, selv om barnet ikke er direkte deltakende. Endringer i eksosystemet kan

påvirke individet på meso- og mikronivå (Rønningen, 2003 referert av Helsedirektoratet, 2015).

Makrosystemet omfatter ideologiske, økonomiske, historiske og politiske vurderinger, prioriteringer og beslutninger som tas i samfunnet (Kvello, 2015, s. 27). Videre betegner makrosystemet forbindelser og samspill mellom mesosystemene (Killèn, 2017, s. 102). Eksempelvis vil langtidsarbeidsledighet i samfunnet på makronivå kunne medføre stressbelastninger som kan påvirke foreldre-barn-relasjoner på mikronivåene. Slike stressbelastninger kan medføre oppgitthet og nederlag som kan påvirke dynamikken i hjemmet. Dette kan på sikt føre til avreagering av aggresjon og frustrasjon på barnet, eller tilbaketrekning fra barnet. En slik dynamikk vil kunne påvirke barnets utvikling og kan medføre usikkerhet og mangel på initiativ. I tidlig barndom vil slike erfaringer være med på å forme barnets personlighet, og kan medføre emosjonelle og sosiale vansker senere i livet (Killèn, 2017, s. 269). I sin siste versjon la Bronfenbrenner til kronosystemet, for å synliggjøre tidsdimensjonen i individets utvikling. Tidsdimensjonen får frem hvordan hendelser og endringer i livshistorien kan påvirke personens utvikling, og systemer rundt personen (Helsedirektoratet, 2015). For eksempel vil barnet ved overgangssituasjoner, som ved overgang fra barnehage til skole, ha behov for trygghet og støtte fra sine omsorgspersoner. Dersom barnet ikke får en slik oppfølging, kan dette medføre vansker med overgangssituasjoner senere i livet.

Forskning viser at personer som har vært utsatt for omsorgssvikt i oppveksten er mer tilbøyelig for å utvikle psykiske vansker senere i livet, som depressive lidelser og angstlidelser (Mckay et al., 2020). Likevel vet vi at enkelte klarer seg, til tross for negative forutsetninger. Dette kalles resiliens og kan forklares som prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for den risikoen negative erfaringer og opplevelser kan medføre for avvikende atferd (Rutter, 2000, referert i Borge, 2018 s. 20). Resiliens dreier seg om barns motstandskraft mot å utvikle psykiske vansker. Det er viktig å ha i mente at reaksjoner på stress og risiko vil være individuelle. Barn som utsettes for samme risikohendelse vil dermed vise ulike reaksjoner, til tross for samme risiko (Borge, 2018, s. 20). Dette kan illustreres ved at reaksjonsmåtene strekker seg fra positiv til negativ pol. Hvis barnet har en tilfredsstillende utvikling, vil det befinne seg i nærheten av den positive polen,

mens andre kan reagere med avvik og befinner seg nærmere den negative polen (Borge, 2018, s. 17).

Meng et al., (2018) fant at resiliens var assosiert med et bedre liv, når det gjelder å redusere risikoen for psykiske vansker, redusere sannsynligheten for traumatisering, øke nivået av opplevd psykologisk velvære og utvikle bedre tilpasningsevner. Videre fant de at beskyttelsesfaktorer på individuelt-, familiært- og samfunnsnivå kunne medføre resiliens knyttet til negative konsekvenser av mishandling i barndommen. En beskyttende faktor kan påvirke, modifisere, forbedre eller endre hvordan en person reagerer på motgang som kan medføre risiko (Afifi & MacMillan, 2011). De individuelle faktorene som trekkes frem er personlige egenskaper og ressurser. Dette kan være personlighetstrekk, intellekt, mestring og tro på egen mestringsevne, vurdering av omsorgssvikt eller livstilfredshet. Beskyttende faktorer på familienivå inkluderer ressurser og støttende forhold innad i familien. Slike forhold kan være familiesammenheng, stabil omsorg, foreldrerelasjoner eller støtte mellom ektefeller. Beskyttelsesfaktorer på samfunnsnivå inkluderer blant annet ikke-familiære forhold, som forhold til jevnaldrende eller støtte fra personer utenfor familien (Afifi & MacMillan, 2011; Meng et al., 2018).

Studiene viste imidlertid at resiliens etter omsorgssvikt i barndommen, og målinger av studieresultater og beskyttende faktorer var varierende. Likevel var det klart at beskyttelsesfaktorer på individuelle, familiære og samfunnsmessige nivåer spilte en viktig rolle i å fremme psykologisk velvære og reduserte risikoen for negative konsekvenser av omsorgssvikt i barndommen. Det presiseres at det har vært mangel på forskning innen motstandsdyktighet etter omsorgssvikt, sammenlignet med de mange studiene angående konsekvenser av omsorgssvikt (Meng et al., 2017).

Andelen personer som viser resiliens etter alvorlig omsorgssvikt, er relativt liten. Likevel finnes det unntak, og det vil alltid være håp for en god utvikling til tross for et dårlig utgangspunkt (Borge, 2018, s. 197). En økt forståelse av resiliens kan hjelpe helsepersonell til å gi bedre hjelp og behandling til personer som utsettes for, eller har vært utsatt for omsorgssvikt. Videre kan bevissthet om beskyttelsesfaktorer bidra til å avdekke

omsorgssvikt på et tidligere nivå, samt styrke effektive hjelpetiltak for personer som utvikler psykiske vansker som en konsekvens av slike barndomstraumer.

## 5.2 Vernepleierens kompetanse

Våre funn viser at opplevelser i barndommen påvirker barnets utvikling, og at personer som har vært utsatt for omsorgssvikt har større sannsynlighet for å utvikle psykiske vansker.

Men, hvordan kan vernepleieren hjelpe når barndommen slår tilbake? Vi vil i dette kapittelet trekke fram vernepleierens kompetanseområder som vi anser som relevante i arbeidet med personer med psykiske vansker, med fokus på miljøarbeid, relasjonsarbeid og traumbasert omsorg.

“Vernepleie er å løse utfordringer som krever målrettet arbeid” (Fellesorganisasjonen, 2017). Målrettet miljøarbeid innebærer kartlegging basert på systematisk datainnsamling, målsetting, klare prosedyrebeskrivelser og kontinuerlig evaluering (Fellesorganisasjonen, 2017). Miljøterapeutiske tiltak skal bidra til økt livskvalitet og skape gode øyeblikk. Dette er avgjørende for å holde på fremgang og mestring, slik at det ikke oppstår frustrasjon og opplevelse av nederlag (Fellesorganisasjonen, u.å.-b). Å skape muligheter for forandring og utvikling er miljøterapiens overordnede idé (Mevik & Larsen, 2012, s. 103.). Grunnleggende arbeidsmodell i vernepleiefaglig arbeid (GAVE) kan brukes som et redskap i målrettet miljøterapeutisk arbeid (Nordlund et al., 2015, s. 66). “GAVE er en analytisk modell for vernepleiefaglig arbeid med et gjenkjennbart begrepsapparat for systematisk arbeid uten å knytte arbeidet til bestemte perspektiver” (Nordlund et al., 2015, s. 64). Modellen forutsetter at en i alle faser av prosessen har fokus på tjenestemottakers ressurser, og at valgene tas gjennom samhandling med tjenestemottaker (Nordlund et al., 2015, s. 68).

GAVE inneholder seks kategorier; kartlegging, analyse/drøfting, målvalgsprosess, tiltak med gjennomføringsplan, metode og evaluering/revurdering. Kategoriene må forstås i sammenheng og er gjensidig avhengig av hverandre. I arbeid med personer med psykiske vansker kan modellen brukes til å gjøre en kartlegging av funksjonsevne, identifisere problemområder, og ivareta personens egne ønsker og verdier. Resultatene fra kartleggingen må analyseres og drøftes, slik at tiltak og metode tilpasses den enkelte



(Nordlund et al., 2015, s.68). Vi vil nå belyse hvordan arbeidsmodellen kan anvendes innen psykisk helsearbeid med personer som har vært utsatt for omsorgssvikt.

Den første kategorien innebærer en kartlegging av tjenestemottakers situasjon og danner grunnlaget for faglige argumenter i den videre arbeidsprosessen. Utgangspunktet for kartleggingen er at vi møter utfordringer, gjerne relatert til forhold mellom personen og miljøet den befinner seg i. Hvordan en tolker og forstår utfordringene danner så grunnlaget for hva en skal fokusere på videre. Den første fasen av kartleggingen innebærer å danne et helhetlig bilde av den faktiske situasjonen, i samarbeid med tjenestemottaker, for å så videre konkretisere arbeidet (Norlund et al., 2015. s. 69). Innen psykisk helsearbeid kan sentrale utfordringer være knyttet til sosial tilbaketrekning eller et manglende sosialt nettverk. Dette er utfordringer som kan bidra til en utvikling av eller opprettholdelse av psykiske vansker, som depressive lidelser eller angstlidelser. Tjenestemottakers oppfatning av egen situasjon og tjenesteyters forståelse av utfordringen vil gi en oversikt over hvilke områder som skal vektlegges.

Den andre kategorien er analyse og drøfting, som innebærer å systematisere den informasjonen som er innhentet gjennom kartleggingen. Gjennom en slik systematisering kan vi lettere se hvilken informasjon som er relevant. Vi kan for eksempel systematisere i grupperinger som sosial kompetanse og informasjon om nettverk. Analysen innebærer altså ordning av informasjonen vi har innhentet og tar sikte på å fremheve særskilte betydninger. Drøftingen innebærer vurdering av dataene med utgangspunkt i forskjellig kunnskap og sammenholder forskjellige synspunkter. Resultatet av drøftingen kan føre til en konklusjon som kan danne grunnlag for etablering av mål. Drøftingen skal knyttes til teoribasert og erfaringsbasert kunnskap, etisk refleksjon og rammer (Norlund et al., 2015, s. 73-74). Slik kunnskap kan eksempelvis være knyttet til opplevelser i barndommen som har medført vansker med å bygge tillit og relasjoner til andre. Videre vil en avdekking av triggere hos tjenestemottaker være viktig for arbeidet videre, da dette innebærer at personen får kjennskap til egne emosjoner og hjelp til å anerkjenne disse (Hagen et al., 2016, s. 35-36).

Den tredje kategorien er målvalgsprosessen som innebærer at tjenestemottaker utformer mål, i samarbeid med tjenesteyter basert på ønsker og kartlegging. Dersom det er tale om

helsemessige utfordringer og mangler i primære behov må disse sikres ivaretatt, før en vurderer andre aktuelle målområder. Videre skal hovedvekten legges på tjenestemottakers ressurser, ønsker og engasjement, og målene skal bidra til motivasjon og fremme egenverd (Norlund et al., 2015, s. 76). Innen psykisk helsearbeid og i arbeid med personer som har vært utsatt for omsorgssvikt i barndommen vil relasjonsarbeid være av særlig betydning. Dersom personen har vært utsatt for belastning og krenkelser av mennesker en har viktige relasjonelle bånd og et avhengighetsforhold til, kan dette medføre vansker med relasjonsbygging. Slike vansker kan være resultat av at primære trygghetsbehov ikke er dekket. Dermed vil målvalgsprosessen for personer som har vært utsatt for omsorgssvikt, i første omgang knyttes til å dekke grunnleggende behov som trygghet. Deretter kan mål knyttet til relasjonsbygging eller opprettholdelse av sosialt nettverk være aktuelle, dersom det er noe tjenestemottaker ønsker.

Tiltak med gjennomføringsplan er den fjerde kategorien i modellen. Denne kategorien innebærer handlinger som vil føre til måloppnåelse og som utføres i henhold til en plan for en tidsavgrenset periode. En eventuell inndeling vil representere små steg som til sammen gjør at delmålet/arbeidsmålet oppnås. Gjennomføringsplanen er en konkret arbeidsbeskrivelse av hvordan, hvor, i hvilke situasjoner og når tiltaket skal utføres. Det skal også si noe om hvem som skal utføre tiltaket, hvilke verktøy som skal benyttes og hvor dokumentasjon skal oppbevares (Norlund et al., 2015, s. 83-84). "Erfaringer viser at struktur, oversikt og forutsigbarhet er viktige faktorer for å skape trygghet" (Frambu, u.å.). Tiltak knyttet til mål om trygghet kan da være å benytte en ukeplan som gir oversikt over uken med avtaler og aktiviteter. Dette kan også være aktuelt for mål om opprettholdelse av sosialt nettverk. Ukeplanen kan eksempelvis inneholde en fast dag hvor personen besøker en venn eller et familiemedlem. Gjennomføringsplanen for tiltakene kan handle om hvem som skal lage en ukeplan med tjenestemottaker og hvilke dager denne skal gjennomgå.

Den femte kategorien om metodevalg er knyttet til systematiske arbeidsmetoder for å nå oppsatte mål. Valg av arbeidsmetode skal vurderes ut fra tjenestemottakers ressurser og behov. Videre skal metoden knyttet til gjennomføring av tiltak, tilpasses sammenheng og baseres på resultater fra kartlegging, analyse og drøfting (Norlund et al., 2015 s. 86). For eksempel kan tilrettelegging være en aktuell metode dersom en har kartlagt behov for

forutsigbarhet og trygghet. Dette må sees i sammenheng med de mål, tiltak og gjennomføringsplaner som er utformet. Den siste kategorien i modellen handler om evaluering og revurdering. Her skal en vurdere hvorvidt tiltaket er hensiktsmessig og bidrar til måloppnåelse. Dette gjøres underveis i prosessen, og gir grunnlag for en eventuell revurdering eller justering av tiltak under og til slutt i en arbeidsprosess. Revurdering innebærer å ta konsekvensen av evalueringen, se på læringsutbytte og hvilke erfaringer en kan bringe med seg videre (Norlund et al., 2015, s. 87-91). I en reell situasjon vil ikke bruken av en slik arbeidsmodell fremstå så arbeidskrevende, men modellen kan likevel sikre systematikk og tilpassede tjenester (Norlund et al., 2015, s. 68).

I modellen brukes vernepleiefaglig arbeid som en betegnelse på vernepleierens kompetanse (Norlund et al., 2015, s. 13). Det vernepleierfaglige arbeidet er dynamisk og pendler mellom systematisk tiltaksarbeid og mer kontekstavhengig arbeid, ofte kalt relasjonelt arbeid. Det baserer seg på kjennskap til personen, men også faglig kunnskap. Relasjonelt arbeid handler om å skape mening sammen og invitere til samhandling (Fellesorganisasjonen, 2017). Det relasjonelle arbeidet forutsetter relasjonskompetanse. Slik kompetanse handler om å kunne møte tjenestemottakere med åpenhet og respekt, samt legge til rette for god kommunikasjon (Røkenes & Hanssen, s. 11).

Innen psykisk helsearbeid, hvor utviklings- og endringsarbeid står sentralt, vil relasjonskompetanse være essensielt for at tjenestemottaker skal oppleve å bli ivaretatt på en likeverdig måte. God samhandling mellom tjenesteyter og tjenestemottaker danner grunnlag for trygghet og tillit, som er avgjørende for at endring skal kunne skje (Orvedal, u.å.). Personer som har vært utsatt for omsorgssvikt kan ha opplevd brudd i eller mangel på relasjoner i barndommen. Dette kan medføre utfordringer med å bygge tillit til andre og fortelle om sine vansker (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180). Tillit er bærebjelken i alle relasjoner og er sentralt for å utvikle en god relasjon. Opplevelse av tillit utvikles gjennom interpersonlige erfaringer og bygges ved repeterte tillitvekkende handlinger. Tillit er en positiv forventning om at personen vil innfri og ikke ødelegge interpersonlige opplevelser i relasjonen (Spurkeland, 2012, s. 37-38).

Å bygge gode relasjoner innebærer samhandlingsprosesser som skaper tillit, trygghet og opplevelse av troverdighet. Det å føle seg forstått skaper en slik tillit, og er viktig i seg selv for å skape endring (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 25-27). Videre er det sentralt å legge til rette for god kommunikasjon, og forholde seg slik at samhandlingen er til det beste for tjenestemottaker (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10-11). Dette innebærer at tjenesteyteren kommuniserer på en måte som gir mening, som ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen, og som ikke krenker den andre part. Kvaliteten på relasjonen mellom personen og vernepleieren har stor betydning for om tjenestemottakeren endrer seg i positiv retning. Betydningen av å føle en slik tillit og respekt kan blant annet bidra til at tjenestemottaker ønsker å fortelle om vanskelige barndomsopplevelser (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180).

Det tjenesteyteren sier eller gjør kan fortolkes ut fra relasjonen til tjenestemottakeren. I en trygg relasjon mellom tjenestemottaker og vernepleier kan eventuelt kritiske kommentarer til personens atferd mottas og vurderes som omtanke og hjelp. I motsatt fall kan slike kommentarer oppfattes negativt og tolkes som en form for avvisning dersom relasjonen oppleves som utrygg. Tjenestemottaker kan være bekymret for at tjenesteyter kan få en til å føle seg dum, avvist eller hjelpeløs (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178-179). Som vernepleier i møte med personer som har vært utsatt for omsorgssvikt kan dette være spesielt viktig å tenke over. Hvis tjenestemottaker som barn har opplevd å bli avvist av omsorgspersoner, kan det ha rammet selvfølelsen. Dette kan i møte med tjenesteytere medføre bekymring for at selvfølelsen igjen skal rammes negativt. En slik redsel kan handle om faren for gjentakelse eller retraumatisering. På den andre siden har tjenestemottaker gjerne et håp og lengsel om at møtet med tjenesteyteren skal innebære en ny selvopplevelse, ettersom personen møtes med forståelse på områder som tidligere har ført til avvisning fra eksempelvis omsorgspersoner. Det er viktig at både redselen og lengselen kan bli forstått og bekreftet slik at tjenestemottaker føler seg vel i situasjonen (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178-179).

Å bygge en relasjon preget av tillit og respekt innebærer dermed at tjenesteytere er bevisst på sin tilnærming i samhandling med tjenestemottakere. Som helsepersonell bør man fokusere på å forstå tjenestemottakerens atferd, og ikke bare egenskaper eller sykdom (Vatne, 2006, s. 106). I studien gjennomført av Thorbjørnsen et al., (2014) beskriver

helsepersonell at deres holdning til tjenestemottaker ble positivt påvirket, dersom de betraktet deres symptomer som en tillært måte å mestre psykisk lidelse på. For eksempel i situasjoner hvor personen reagerte med tilbaketrekning eller avvising, kunne dette forstås som en form for selvbeskyttelse og et uttrykk for sårbarhet. Som vernepleier i arbeid med personer med psykiske vansker, kan dette være viktige signal om at relasjonen oppleves som truende for personen. Når psykiske vansker forstås som sårbarhet, innebærer dette at personens atferd og lidelser sees som en konsekvens av utfordringer personen kan ha opplevd i relasjoner til andre tidligere. Eksempelvis i barndommen i relasjon til omsorgspersoner (Vatne, 2006, s. 106).

Sårbarhet hos tjenestemottakere er ofte relatert til et skjørt selvbilde, at de strever med å beskytte seg selv og opprettholde egen verdighet. Dette kan henge sammen med mangel på opplevelse av verdighet, eller maktesløshet tidligere i livet (Vatne, 2006, s. 104-105). Forskning antyder at eksponering for barndomstraumer kan etterlate barn sårbare. Sårbarheten kan påvirke hvordan barnet føler om seg selv og andre. Dette kan medføre en økt sårbarhet overfor psykiske lidelser som depresjon senere i livet (Mckay et al., 2020). Eksempelvis kan ubearbeidede traumatiske opplevelser som krenkelser og overgrep i barndommen ligge bak slik sårbarhet.

Eksponering for traumatiske opplevelser som omsorgssvikt kan medføre at barnet utvikler en umoden eller uferdig indre struktur. Dersom de ikke får den hjelpen de trenger som barn, kan det få konsekvenser for samspillet og relasjoner til andre mennesker som voksen. En slik umoden eller uferdig indre struktur kan forstås som en konsekvens av utrygg tilknytning eller mangel på trygge omsorgspersoner. Det kan også være at personen som barn ikke fikk hjelp til utvikling av mentaliseringsevnen, eller har hatt en mangelfull integrering av traumatiske opplevelser. Innen miljøterapien innebærer det at en også for voksne, bør tenke *hvorfor* i forhold til avvikende atferd (Hagen et al., 2016, s. 28).

En slik tilnærming kalles traumebevisst omsorg. Det som skiller traumebevisst omsorg fra vanlig omsorg, er at den tar hensyn til hva personen har opplevd og/eller hva personen ikke fikk av omsorg som barn. Mennesker som ikke har erfart normalt god omsorg og trygge relasjoner i oppveksten, vil kunne streve med tillit til andre mennesker. Dersom personen

ikke har fått hjelp til å regulere egne følelser, kan det medføre vansker med selvregulering. De tre viktigste grunnpilarene i traumebevisst omsorg er trygghet, relasjon og affektregulering, også når det gjelder voksne (Hagen et al., 2016, s. 28-29).

Trygghet er et komplekst begrep som inneholder mange elementer som omsorgspersoner må ta innover seg. I tillegg til mer opplagte behov som emosjonell trygghet og fysisk trygghet, er forutsigbarhet, tilgjengelighet, ærlighet og åpenhet sentralt for å skape trygge miljøer for barn, men også voksne som har opplevd traumer som omsorgssvikt (RVTS Sør, 2020). Trygghet i seg selv avhenger av den andre pilaren som innebærer relasjoner til omsorgspersoner. En sunn utvikling forutsetter positive relasjoner, mens traumatiske opplevelser som omsorgssvikt underminerer slike nødvendige relasjoner. Den tredje pilaren handler om affektregulering, og kan forklares som evne til å regulere følelser, handlinger, impulser og atferd. Barn som ikke har fått hjelp til å regulere egne følelser i oppveksten, kan slite med å regulere seg selv. Det kan medføre et forsøk på å håndtere emosjoner gjennom mestringsstrategier som eksempelvis rus, aggresjon og selvskading (RVTS Sør, 2020). Dette samsvarer med Kalamakis & Chandler (2015) sin studie som bekrefter at barn som har vært utsatt for omsorgssvikt har større risiko for å utvikle rusavhengighet. Barn som har hatt en vanskelig start på livet, har gjerne en forsinket reguleringsevne. Dermed trenger personer som har vært utsatt for omsorgssvikt gjerne hjelp til å finne sunne strategier for å håndtere inntrykk fra traumatiske opplevelser eller hendelser. En slik tilnærming innebærer å se hva som ligger bak handlingene, da en slik forståelse kan bidra til å forhindre uønskede hendelser (RVTS Sør, 2020).

Til tross for vernepleierens sammensatte kompetanse, er det viktig å presisere at vernepleieren alene, ikke kan gi et helhetlig tjenestetilbud. Personer med store og sammensatte utfordringer vil ha behov for et strukturert, tverrfaglig samarbeid for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester. Tverrfaglig samarbeid er en strukturert arbeidsform, med fokus på dialog og felles beslutningspunkter. En slik helhetlig tilnærming forutsetter dermed kompetanse og samarbeid mellom personell med ulike fagbakgrunn i et tverrfaglig team (Helsedirektoratet, 2018a). Tilgang på bred tverrfaglig kompetanse er viktig for å gi en større faglig og samlet kompetanse. Slik kompetanse kan medføre at tjenestemottakerne får et bedre tjenestetilbud (Bredland et al., 2016, s. 23).

Tverrfaglig samarbeid forutsetter at tjenestemottaker og eventuelt pårørende er deltagende i utredning av behov, planlegging, gjennomføring, samt evaluering av tiltak, og avklaring av nye mål. Personens behov og mål er grunnlaget for det tverrfaglige arbeidet. Det må derfor sikres nødvendig informasjonsdeling mellom profesjonene slik at alle arbeider mot tjenestemottakers mål (Helsedirektoratet, 2018a). I tverrfaglig samarbeid ønsker man å belyse situasjonen fra flere vinkler, for å se sammenhenger. De ulike profesjonene bidrar med hver sin kompetanse i situasjonen, som fører til flere måter å forstå situasjonen på. Dette øker teamets samlede kompetanse, og ulikheter i profesjonene blir et gode. Videre forventes det ikke å finne en avgrenset enkel løsning.

Samarbeidet handler om en helhetlig prosess på tvers av flere enkelttiltak, hvor alle i det tverrfaglige teamet samordner sin innsats og forsterker hverandres tiltak. En tverrfaglig tilnærming kan eksempelvis innebære videreformidling av forandring, utvikling eller andre relevante observasjoner om tjenestemottaker til andre tjenesteytere i det tverrfaglige teamet. På denne måten får teamet en helhetlig forståelse for behovet til tjenestemottaker. Alle profesjonene har egne fagspesifikke områder, og kompetanseområder de behersker bedre enn andre, som utnyttes fleksibelt ut fra brukerens mål. Dermed oppnår man et bedre samlet resultat enn om tiltakene settes inn uavhengig av hverandre (Bredland et al., 2016, s. 200-202). Hva de ulike profesjonene kan bidra med i samarbeidet vil være situasjonsbetinget.

På bakgrunn av det vi har diskutert, vil vi hevde at vernepleierens kompetanse er relevant i arbeid med personer med psykiske vansker som har opplevd omsorgssvikt, og mottar behandling fra tjenesteapparatet. Videre mener vi at målrettet miljøarbeid kan være en aktuell tilnærming når barndommen slår tilbake, da det innebærer relasjonelt arbeid.

## 6.0 Avslutning

Gjennom arbeidet med denne bacheloroppgaven har vi forsøkt å svare på problemstillinger knyttet til omsorgssvikt og psykiske vansker som voksen. Målet med oppgaven har vært å belyse sammenhengen mellom omsorgssvikt og psykiske vansker senere i livet, og hvordan vernepleierens kompetanse kan være relevant i arbeid med personer med psykiske vansker som har vært utsatt for omsorgssvikt i oppveksten. Vi har foretatt en litteraturstudie for å besvare problemstillingen.

Våre hovedfunn viser at omsorgssvikt medfører økt risiko for å utvikle psykiske vansker senere i livet. Meng et al., (2020) hevder derimot at det finnes beskyttende faktorer på individ-, familie- og samfunnsnivå, som gjør at enkelte blir mer motstandsdyktige og dermed klarer seg godt. Studier viser også at en bevissthet om slike faktorer kan bidra til bistand på et tidligere nivå, og dermed styrke effektive hjelpetiltak for personer med psykiske vansker, som har opplevd omsorgssvikt (Afifi & MacMillan, 2011).

Videre har vi sett at vernepleiefaglig arbeid i stor grad handler om å løse utfordringer gjennom målrettet miljøarbeid. Grunnleggende arbeidsmodell for vernepleiefaglig arbeid er her et viktig verktøy i å systematisere arbeidet. Innen psykisk helsearbeid og i arbeid med personer som har vært utsatt for omsorgssvikt vil relasjonsarbeid være særlig viktig. Likevel vil ikke vernepleieren alene kunne gi tjenestemottaker et helhetlig tjenestetilbud, da dette forutsetter tverrfaglig kompetanse og samarbeid.



## Referanser

Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 266-272.

<https://doi.org/10.1177/070674371105600505>

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*.

Maidenhead: McGraw-Hill/ Open University Press.

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/hogskbergen-ebooks/reader.action?docID=6212137>

Barne-, og familiedepartementet. (2020, 9. oktober). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/>

Barnekonvensjonen. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner 20. november 1989; ratifisert av Norge 8. januar 1991* (Rev. oms. mars 2003 med tilleggsprotokoller). Barne- og familiedepartementet. Regjeringen.

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdf/v/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdf/v/178931-fns_barnekonvensjon.pdf)

Barne-, ungdoms og familiedirektoratet. (2018, 4. april). *Omsorgssvikt*.

[https://bufdir.no/Nedsatt\\_funksjonsevne/Vern\\_mot\\_overgrep/Vold\\_og\\_overgrep\\_mot\\_barn\\_og\\_unge\\_med\\_funksjonsnedsettelse/Tegn\\_pa\\_vold\\_og\\_overgrep/Omsorgssvikt/](https://bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Vern_mot_overgrep/Vold_og_overgrep_mot_barn_og_unge_med_funksjonsnedsettelse/Tegn_pa_vold_og_overgrep/Omsorgssvikt/)

Barne-, ungdoms og familiedirektoratet. (2019, 20. februar). *Psykisk helse*.

[https://bufdir.no/statistikk\\_og\\_analyse/oppvekst/helse/psykisk\\_helse/](https://bufdir.no/statistikk_og_analyse/oppvekst/helse/psykisk_helse/)

Barne-, ungdoms og familiedirektoratet. (2020, 14. desember). *Hva er omsorgssvikt?*

[https://bufdir.no/Barnevern/Om\\_barnevernet/omsorgssvikt/](https://bufdir.no/Barnevern/Om_barnevernet/omsorgssvikt/)

Borge, A. (2018). *Resiliens - risiko og sunn utvikling* (3.utg.). Gyldendal.

Brask, O. D., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneverker. En refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.

Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2016). *Det handler om verdighet og deltakelse*.

*Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3.utg.). Gyldendal.

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal.

Fellesorganisasjonen. (u.å.-a). *Hva er en vernepleier?*

<https://www.fo.no/vernepleier/?gclid=Cj0KCQjwo-aCBhC->

[ARIsAAkNQitBjWDOX5tqdBPzmM7gKN-J8nylv-](https://www.fo.no/vernepleier/?gclid=Cj0KCQjwo-aCBhC-ARIsAAkNQitBjWDOX5tqdBPzmM7gKN-J8nylv-)

[FQ0u\\_GZxxVUDZm6j1HImVcbKgaAkdSEALw\\_wcB](https://www.fo.no/vernepleier/?gclid=Cj0KCQjwo-aCBhC-FQ0u_GZxxVUDZm6j1HImVcbKgaAkdSEALw_wcB)

Fellesorganisasjonen. (u.å.-b). *Vernepleiere i psykisk helse*.

<https://www.fo.no/getfile.php/1311786->

[1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk](https://www.fo.no/getfile.php/1311786-1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk)

[%20helse%20PDF.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1311786-1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk%20helse%20PDF.pdf)

Fellesorganisasjonen. (2017). *Om vernepleieryrket*.

<https://www.fo.no/getfile.php/1313870->

[1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017](https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017)

[riktig.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017)

Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument*.

<https://www.fo.no/getfile.php/1324847->

[1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf)

Folkehelseinstituttet. (2016, 7. juni). *Kildevalg*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Folkehelseinstituttet. (2019, 12. februar). *Trygt og godt oppvekstmiljø i kommunen*.

<https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/trygt-og-godt-oppvekstmiljo-i-kommunen/>

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Frambu. (u.å.). *Rammer og struktur i hverdagen*.

<https://frambu.no/tema/rammer-og-struktur-i-hverdagen/>

Gardner, M. J., Thomas, H. J., Erskine, H. E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse and neglect. The international journal*. 96.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>

Hagen, M. B, Barbosa Da Silva, A. & Thelle, M. I. (2016). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. (2015, juni). *Trivsel i skolen* (IS-2345).

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/trivsel-i-skolen/Trivsel%20i%20skolen.pdf/\\_attachment/inline/9e76ad2b-14eb-4c5f-bf8b-e157f5efcc06:176ea3b766b3d06407dbd9395c3b1776682c5ab7/Trivsel%20i%20skolen.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/trivsel-i-skolen/Trivsel%20i%20skolen.pdf/_attachment/inline/9e76ad2b-14eb-4c5f-bf8b-e157f5efcc06:176ea3b766b3d06407dbd9395c3b1776682c5ab7/Trivsel%20i%20skolen.pdf)

Helsedirektoratet. (2017, 24. januar). *Miljøterapi (rusbehandling)*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/terapeutiske-tilnaerminger-i-rusbehandling/miljoterapi-rusbehandling#null-begrunnelse>

Helsedirektoratet. (2018a, 17. januar). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester.*

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>

Helsedirektoratet. (2018b, 30. april). *Angstlidelser.* Helse Norge.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 16. desember). *Verdens helseorganisasjon.*

Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_1)

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.) Gyldendal.

Kalamakis, K. & Chandler, G. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences:

A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(8), 457-465.

DOI: [10.1002/2327-6924.12215](https://doi.org/10.1002/2327-6924.12215)

Killén, K. (2017). *Sveket I: Risiko og omsorgssvikt - et helseproblem og tverrfaglig ansvar* (5. utg.). Kommuneforlaget.

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner* (2.utg.) Gyldendal.

McKay, M. T., Cannon, M., Chambers., D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Healy, C., Dodd

O'Donnell, L. & Clarke, M. C. (2020). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 2021-03, Vol.143 (3), p.189-205.

<https://doi.org/10.1111/acps.13268>

Meng, X., Fleury, M-J., Xiang, Y-T., Li, M. & D'Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(5), 453-475.

<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1485-2>

Mental helse. (2018, 14. februar). *Når barndommen slår tilbake*.

<https://mentalhelse.no/aktuelt/nyheter/mental-helse/naar-barndommen-slaar-tilbake>

Mevik, K. & Larsen, E. (2012). *Miljøterapeutisk praksis – fortellinger fra arbeidet med utsatte barn og unge*. Universitetsforlaget.

Nasjonalt senter for e-helseforskning. (u.å.). *Psykisk helse*.

<https://ehealthresearch.no/psykisk-helse>

Norlund, I., Throssen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis. Grunnleggende arbeidsmodell*. Universitetsforlaget.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). *The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis*. Plos Medicine.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

Norsk Barnelegeforening. (2020). *Vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt som årsak til skade, helseplager og sykdom*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5975&key=267884>

Norsk helseinformatikk. (2018, 24. april). *Psykiske helseproblemer*.

<https://nhi.no/symptomer/psyke-og-sinn/psykiske-helseproblemer/>

Norsk helseinformatikk. (2019, 22. februar). *Depresjon, en oversikt*.

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt/>

NOU 2017:12. (2017). *Svikt og svik*. Barne- og familiedepartementet. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf>

Orvedal, L. (u.å.). *Relasjonell kompetanse og verdige møter*. ROS.

<https://nettros.no/relasjonell-kompetanse-og-verdige-moter/>

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. (2020, 28.

januar). *De tre pilarene i traumebevisst omsorg*. RVTSSør.

<https://rvtssor.no/aktuelt/294/de-tre-pilarene-i-traumebevisst-omsorg/>

Røkenes, O. D. & Hanssen P. H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget.

Spurkeland, J. (2012). *Relasjonskompetanse. Resultater gjennom samhandling*. (3. utg.).

Universitetsforlaget.

Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie*. (2. utg.).

Cappelen Damm.

Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K., & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens

betydning i psykisk helsearbeid-en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*,

11(4), 328-338.

[https://www.idunn.no/tph/2014/04/relasjonens\\_betydning\\_i\\_psykisk\\_helsearbeid\\_-\\_enkvalitativ](https://www.idunn.no/tph/2014/04/relasjonens_betydning_i_psykisk_helsearbeid_-_enkvalitativ)

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*.

Regjeringen.

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf)

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Gyldendal.

Øvern, K. M. (2014, 3. november). *Litteraturstudie som metode* [Lysarkpresentasjon].

<https://www.slideshare.net/higbibl/litteraturstudie-som-metode>

## Vedlegg

## Vedlegg 1: Dokumentasjon av søk

Database/kilde: Epistemonikos
Dato for søk: 26.03.21
Søkehistorie eller fremgangsmåte: Child maltreatment OR abuse OR neglect AND consequences
Antall treff: 438
Inkluderte artikler: Norman, R. E, Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). <i>The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis</i> . Plos Medicine. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349">https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349</a>
Kritisk vurdering: Dette er en kvalitetsvurdert systematisk oversikt og metaanalyse med 124 inkluderte artikler. At artikkelen er kvalitetsvurdert kan anses som en styrke da det gir et helhetlig bilde av forskning på området over et gitt tidsrom. Artikkelen inkluderer kohortstudier, tverrsnittstudier og kasus-kontrollstudier, som er egnede studiedesign til å svare på spørsmål om forekomst, årsak, diagnostikk og prognose. Videre er det benyttet inklusjons- og eksklusjonskriterier. Et av inklusjonskriteriene var at studiene måtte rapportere original empirisk forskning fra fagfelleverderte tidsskrift. Dette anses som en styrke, da det sikrer kvalitetsvurderte resultater. Av de 124 inkluderte artiklene var bare 16 av dem kohortstudier, som fulgte omsorgssviktede barn over tid for å måle helsemessig utfall. De resterende studiene baserte seg i stor grad på selvrapportering i ungdomsårene eller voksen alder. Dette kan anses som en svakhet ved studien, da en slik selvrapportering forutsetter ærlighet fra respondentene og kan dermed ikke kontrolleres. På en annen side kan selvrapportering også være positivt, da respondentene selv har mest kunnskap om egen situasjon.



Database/kilde: Epistemonikos
Dato for søk: 26.03.21
Søkehistorie eller fremgangsmåte: Child maltreatment OR abuse OR neglect AND Mental illness
Antall treff: 357
Inkluderte artikler: McKay, M. T., Cannon, M., Chambers., D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Healy, C., Dodd O'Donnell, L., Clarke, M. C. (2020) Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> , 2021-03, Vol.143 (3), p.189-205. <a href="https://doi.org/10.1111/acps.13268">https://doi.org/10.1111/acps.13268</a>
Kritisk vurdering: Fagartikkelen er hentet fra et fagfelleurdert tidsskrift, og er dermed kvalitetsvurdert. Metoden var litteratursøk i databaser som Scopus, PsycINFO, Embase og Medline, dette kan anses som en styrke da alle databasene presenteres i kunnskapspyramiden. Videre har studien kun benyttet fulltekstartikler som er fagfelleurderte. Studien inkluderer 23 manuskripter fra longitudinelle kohortstudier, dette kan anses som en styrke da det er egnet studiedesign dersom en skal undersøke årsak og prognose. Den systematiske oversikten og metaanalysen ble styrt av PRISMA-retningslinjene, 2009 revisjon, og Metaanalysen av observasjonsstudier i epidemiologi (MOOSE). Den ble også registrert i det internasjonale prospektive registeret over systematiske oversikter, PROSPERO. Det fremkommer at det blant de inkluderte studiene er mangel på konsistente begrep, dette kan anses som en svakhet da det begrenser sammenlignbarhet mellom studiene og kan medføre uklarhet i resultater. Kvalitetsvurderingen av studien viste også at mange av de inkluderte studiene ikke hadde tilfredsstillende kontroll av forvirrende faktorer, mens enkelte ikke kontrollerte dem. Dette kan anses som en svakhet da umålt forvirring kan begrense sammenlignbarheten og påvirke estimatene.

Database/kilde: Epistemonikos
Dato for søk: 26.03.21
Søkehistorie eller fremgangsmåte: Child maltreatment OR abuse OR neglect AND depressive disorders OR anxiety disorders
Antall treff: 244
Inkluderte artikler: Gardner, M. J., Thomas, H. J., & Erskine, H. E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. <i>Child abuse &amp; neglect</i> , 96, 104082. <a href="https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082">https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082</a>
Kritisk vurdering: Fagartikkelen er hentet fra et fagfelleurdert tidsskrift, og er kvalitetsvurdert. Dette er en systematisk oversikt og metaanalyse, som inneholder publiserte kohort- og kasus-kontrollstudier. Det ble foretatt søk i databaser som PubMed, Embase og PsycINFO. Et av inklusjonskriteriene var at studiene rapporterte sammenheng mellom omsorgssvikt og depressive- eller angstlidelser som voksne, og at artiklene var fagfelleurdert. Dette sees på som en styrke i forhold til vår problemstilling, da vi ønsket svar på sammenhengen mellom omsorgssvikt og senere psykiske vansker. Samtidig kan det være en svakhet at studier som inkluderte andre psykiske lidelser enn depresjon og angst ble ekskludert, da vi ikke hadde spesifisert søket vårt etter lidelse. 106 studier oppfylte inklusjonskriteriene og ble inkludert uavhengig av språk. Dette kan være en svakhet da viktig informasjon kan gå tapt i oversettelsen av språkene. Den systematiske oversikten ble styrt av PRISMA retningslinjene, som kan anses som en styrke.

Database/kilde: Epistemonikos
Dato for søk: 15.04.21
Søkehistorie eller fremgangsmåte: protective factors and child maltreatment
Antall treff: 35

## Inkluderte artikler:

Meng, X., Fleury, M. J., Xiang, Y. T., Li, M., & D'Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(5), 453-475.

<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1485-2>

Kritisk vurdering: Dette er en systematisk oversikt, hvor det er brukt to metoder for å innhente relevante studier. Fagartikkelen er hentet fra et fagfelleverdert tidsskrift. Det ble gjort søk etter studier i flere elektroniske databaser: PubMed, PsycINFO, EMBASE, Medline og Cochrane Library. Referanselistene til utvalgte artikler, samt grå litteratur ble også gjennomgått. De inkluderte studiene er kohort-, kasus-kontroll- eller tverrsnittstudier, som er velegnede studiedesign for spørsmål om forekomst, årsak, diagnostikk og prognose. Videre ble det brukt sjekklister for kvalitetsvurdering av alle de inkluderte studiene. Dette kan sees på som en styrke da de inkluderte studiene er kvalitetsvurdert. En svakhet ved de inkluderte studiene er mangel på et konsistent begrep av motstandsdyktighet. På denne måten kan det bli uklarhet i resultatet, som også begrenser sammenlignbarheten. Totalt 85 ble studier oppfylte kriteriene for kvalifisering. 11 omhandler motstandsdyktighet for omsorgssvikt, og 75 omhandlet hvilke faktorer som var forbundet med motstandsdyktighet.

Database/kilde: Idunn

Dato for søk: 15.04.21

Søkehistorie eller fremgangsmåte: relasjon OG psykisk helse OG helsepersonell

Antall treff: 135

## Inkluderte artikler:

Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K., & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid-en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(4), 328-338.

[https://www.idunn.no/tph/2014/04/relasjonens\\_betydning\\_i\\_psykisk\\_helsearbeid\\_-\\_enkvalitativ](https://www.idunn.no/tph/2014/04/relasjonens_betydning_i_psykisk_helsearbeid_-_enkvalitativ)

Kritisk vurdering: Dette er en kvalitativ studie. Artikkelen er hentet fra en database som inneholder kvalitetssikrede tidsskriftartikler. Det ble brukt et eksplorativt design, for å kartlegge et område hvor det tidligere ikke er gjort systematisk forskning. Dataene ble samlet inn ved hjelp av fokusgruppeintervju bestående av åtte ansatte, dette skal bidra til en dypere forståelse basert på deltakerne sin refleksjon. Studien er gjennomført i Norge, dette kan anses som en styrke da resultatene presenteres på norsk. Dermed går ikke viktig informasjon tapt i oversettelsen, og en trenger ikke ta høyde for kulturforskjeller. Inklusjonskriterier var at deltakerne var erfarne miljøterapeuter som hadde jobbet i enheten det siste året. Dette kan anses som en styrke da det sikrer faglig tyngde. Videre ble intervjuet gjennomført to ganger med fire ukers mellomrom, dette kan være en styrke da det kan medføre nye refleksjoner. En svakhet ved intervjuet kan være at intervjuet er gjennomført med kun åtte helsepersonell, da en større intervjugruppe kunne gitt mer reliable resultater, og belyst ulikheter. Det kan også være en svakhet at det ikke er gjennomført en sammenligning, ettersom studien er gjennomført på samme sengepost.

Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

## Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

### Hvordan brukes sjekklisen?

Sjekklisen består av tre deler:

- A: Kan du stole på resultatene?
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

### Om sjekklisen

Sjekklisen er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2017). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Hentet: 09.03.2017.

Sjekklisen er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisen?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

### Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til artikkelen du vurderer med denne sjekklisen]

## Del A: Kan du stole på resultatene?

### 1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene oversikten handler om)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

**Kommentar:**

### 2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Relevante studier:

- svarer på samme spørsmål som oversikten
- har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:
  - effekt – randomisert kontrollert studie
  - årsak – kohortstudie
  - diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
  - prognose – kohortstudie
  - erfaringer – kvalitativ studie
- Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten? Se etter:
  - populasjon
  - tiltak
  - sammenligning
  - utfall

**Kommentar:**

### 3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Se etter:

- hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)
- om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel [Trials.gov](https://www.trials.gov))
- om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))

**Kommentar:**

**4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

**Kommentar:**

**5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?
- Kommer resultatene (effektestimatene med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?
- Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)
- Er analysemetodene som er brukt forklart? (For eksempel random eller fixed effect)
- Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

**Kommentar:**

**Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva forteller resultatene?

### 6. Hva er resultatene?

**Tips:** Vurder

- hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten
- hvordan resultatene er fremstilt, se etter:
  - gjennomsnittsforskjell (mean difference)
  - standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)
  - numbers needed to treat (NNT)
  - numbers needed to harm (NNH)
  - odds ratio (OR)
  - relativ risiko (RR)
  - relativ risikoreduksjon (RRR)
  - absolutt risikoreduksjon (ARR)

**Kommentar:**

### 7. Hvor presise er resultatene?

**Tips:** Se på

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

**Kommentar:**

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

- populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis
- din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

**Kommentar:**

### 9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart



**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten

**Kommentar:**

### **10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

- nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

**Kommentar:**

Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

### Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*, <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

### Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

## 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

**7. Er etiske forhold vurdert?** Ja –  Nei –  Uklart**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:****8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?** Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:****Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?** Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**