



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Effekt av traumesensitiv tilnærming i skolen hos
risikoutsatte barn

Effect of trauma-sensitive practice in school for at-risk
children

Kandidatnummer 290

BSV5-300 Bacheloroppgave

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for
velferd og deltaking/Vernepleie

Innleveringsdato: 19.05.2021

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.

Forord

I forkant av bacheloremnet ble vernepleierstudentene introdusert for og invitert til å delta i et studieaktivt forskningsprosjekt ved vernepleierutdanningen i Sogndal. Prosjektet har tilknytning til FoU prosjekter ved fagseksjonen. Prosjektets fokus vil være å identifisere konseptualiseringer av traumesensitive tilnærminger i skolen ved hjelp av en systematisk litteraturstudie, parallelt med utførelse av kvalitative intervjuer med miljøterapeuter i skolen. Resultatene skal siden brukes til å danne et rammeverk for hvordan man kan arbeide systematisk og miljøterapeutisk i skolen ved hjelp av traumesensitiv tilnærming på henholdsvis universelt, selektert og indikert nivå, samt hvilken rolle miljøterapeuter kan ha i implementering og gjennomføring.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder for tilgjengelighet, grundige og konstruktive tilbakemeldinger, samt meget motiverende veiledninger. Din tro på min arbeidskapasitet og forståelse av temaet for oppgaven har vært betryggende og stimulerende. En takk rettes også til studievenner i prosjektet, for støtte og faglige samtaler gjennom denne prosessen, samt min faste diskusjonspartner og deltidssamboer på Campus for alltid nærværende støtte og motivasjon.

Til sist, men ikke minst vil jeg takke min sønn, for uvurderlig teknisk hjelp og beroligende ord når stresset rammet kandidaten hardt. Takk for både gode ord, handlinger og støtte gjennom skriveprosessen min.

Abstract

Many children live under stressful living conditions and with a high risk of Adverse Childhood Experiences (ACE) and subsequently developmental trauma, without receiving the help and support from school that they need. It is therefore important to focus on identifying children at risk with their strenuous everyday school life to reach out and help. Trauma-sensitive approach has become a new word in care services and in school, but what do we know about the effects of the different programs school administrations implement in the school system? This thesis seeks to find answers by summarizing recent research on the topic and examining the effect of interventions in a school context. Results from research show good results, but lack reliability due to lack of study design and lack of a control group.

Innhold

Forord	II
Abstract	III
1.0 Innledning	1
1.1 Problemstilling	3
1.2 Oppgavens formål og avgrensning.....	3
1.3 Oppgavens oppbygging.....	3
1.4 Vernepleierfaglig relevans	4
1.5 Begrepsforklaring	5
1.5.1 Traume.....	5
1.5.2 Positiv atferdsstøtte (PAS)	6
1.5.3 Behandlingsintegritet.....	7
1.6 Forforståelse	7
2.0 Teori	8
2.1 Utviklingstraume	10
2.2 Risikogrupper	10
2.4 Den tredelte hjernen	10
2.5 Toleransevinduet.....	11
2.6 Differensierte tiltak i skolen.....	12
3.0 Metode.....	13
3.1 Litteraturstudie som metode	13
3.2 Innhenting av litteratur.....	14
3.3 Screeningsprosess	15
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.5 Kildekritikk	16
3.6 Kvalitetsvurdering av egen metode	17
3.7 Etikk.....	17

4.0	Resultat.....	18
4.1	Gjennomgang av artikkel 1	18
4.2	Gjennomgang av artikkel 2.....	19
4.3	Gjennomgang av artikkel 3.....	20
4.4	Gjennomgang av artikkel 4.....	22
4.5	Gjennomgang av artikkel 5.....	23
4.6	Oppsummering av funn	24
5.0	Drøftelse	26
6.0	Avslutning	27
	Litteraturliste.....	28
	Vedlegg	35

1.0 Innledning

I 1998 publiserte Vincent J. Felitti og kardiolog og Robert Anda resultatene av en stor studie, *The Adverse Childhood Experience Study*, siden referert til som ACE-studien. Studien viste at en oppvekst preget av mishandling, rus og vold, ofte i dysfunksjonelle og kaotiske familier var assosiert med høy forekomst av risikofaktorer for sykdom og død, problemer med mellommenneskelige relasjoner, problemer i arbeidslivet og i forhold til rus (Felitti et al. 1998).

Psykiske belastninger og lidelser kan bli sett på som en av de største helseutfordringene barn og unge i samfunnet står overfor i dag. I UNGDATA 2020, en årlig spørreundersøkelse blant norsk ungdom fra 8. trinn i ungdomsskolen til Vg3 i videregående skole, fremkommer det at 15 % av ungdomsskoleelever og 21 % av videregående skoleelever opplever psykiske plager. 7 % rapporterer systematisk utsettelse for mobbing fra jevnaldrende, 14 % opplever seg seksuelt trakassert og 20 % har blitt utsatt for trusler om, eller direkte vold fra jevnaldrende, mens 4 % har opplevd å bli slått av en voksen i familien (Bakken, 2020, s. 2).

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) oppgir at 15 % av barn og unge mellom 12 - 16 år har opplevd minst én form for vold eller overgrep, hovedsakelig i hjemmet under nedstengingen av skolene under korona pandemien.. Ungdom i lavinnteksfamilier med foreldre som hadde psykososiale vansker var mer utsatt sammenliknet med ungdom uten slike belastninger i familien. Ungdom med ADHD/ADD og annen funksjonsnedsettelse fremstod spesielt sårbar, hvor nærmere en tredjedel forteller om vold og overgrep, noe som er en dobbelt så stor andel sammenliknet med ungdom uten funksjonsnedsettelse (Hafstad & Augusti, 2020, s. 10 - 11).

Man kan anta at det i Norge finnes endel barn som ikke fungerer på skolen fordi de lever med vedvarende belastninger som vold, overgrep, alvorlig omsorgssvikt, mobbing eller andre former for belastninger. FHI (2013) hevder at så mye som 30.000 barn mellom 4 og 18 år sliter med atferdsvansker og at 3,5% har diagnostiserbar atferdsforstyrrelse (FHI, 2013) Dette er barn som vandrer rundt i klasserommet og forstyrrer, som enkelte ganger må holdes fast og som ofte havner i

konflikt med medelever eller autoritetspersoner i skolemiljøet. Studier fra USA viser at en av fire barn blir utsatt for traumatiske hendelser før fylte 17 år (Perfect et al. 2016)

I de siste 10-15 årene har traumesensitive tilnærminger fått et større fokus og blitt tatt mer i bruk, til tross for at det er manglende forskning på effektene (Maynard et al. 2019). Barn og unge kan oppleve traumatiske opplevelser i oppveksten som kan gi negative konsekvenser, både på nevrobiologisk- og atferdsnivå, på områder som læring, antisosial atferd, rusbruk og psykiske lidelser både som barn og siden i voksenlivet (Perfect et al., 2016)

Ofte blir traumeutsatte barn og unge utsatt for gjentatte belastninger og traumer. På overflaten kan det sees som om individet er uheldig med sine erfaringer, men det viser seg gjerne å være et gjentakende mønster i livsbelastende hendelser og sårbarheten for dette. Resultatet kan bli devaluering av en selv, med manglende mestringfølelse og sosialisering. (Finkelhor et al., 2006; Soler et al., 2012; Turner et al., 2017)

FNs barnekonvensjon artikkel 29 slår fast at barn og unges utdanning skal bidra til å utvikle barnets personlighet, talenter, psykiske og fysiske evner så langt det er mulig (Barne- og familiedepartementet, 1991, s. 23). I Opplæringsloven er det lagt overordnede mål og føringer for den norske skolens drift og innhold, der tilpasset opplæring (§1-3) og spesialundervisning (§5-1) er godt forankret. Tidlig innsats er et begrep som blir sett i sammenheng med tilpasset opplæring, som videre er forankret i opplæringsloven (§1-4) (Opplæringslova, 1998).

Stortingsmeldingen *Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO* legger klare føringer for hva styrende myndigheter vektlegger i fremtidig skole, hvor tidlig innsats er et nøkkelord i denne sammenheng (Meld. St. 6 (2019–2020))

Skolen har selvstendig ansvar for å se elever som ikke har det bra, og til å hjelpe dem til å få den hjelpe de trenger. Dette forutsetter at skolens personal har kompetanse til å avdekke både elever med psykiske plager, men og elever som lever under risiko (NOU 2015:2, s. 171 -175)

1.1 Problemstilling

Hva viser forskning om effekten av traumesensitive tilnærming i skolen hos risikoutsatte barn?

Problemstillingen er tidsaktuell med tanke på nedstengte skoler siste året og en generell bekymring for de sårbare og risikoutsatte av elevene som nå ikke har skolens rammer rundt seg. Flere fagfelt både inne psykisk helse og barnevern har tatt til orde for belastningene barn nå utsettes for og vanskene med å følge opp barn som ikke kommer til skolen hver dag, men kun møtes via digitale flater (FHI, 2021)

1.2 Oppgavens formål og avgrensning

Oppgaven er avgrenset til å gjelde traumesensitiv tilnærming for barn og unge i grunnskolen til videregående skole (6-18 år), med formål om å systematisk gjennomgå forskningslitteratur som viser til effekt ved denne tilnærmingen hos risikoutsatte barn og unge.

1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgavens disposisjon vil følge en fastlagt IMRaD struktur og starter med en innledning som sier litt om bakgrunnen for oppgaven og angir relevant teoretisk bakteppe og senere tids forskning på emnet. Her vil jeg gi en kort innføring i hvordan traumesensitiv tilnærming forståes, vernepleierfaglig relevans og avklare begrep brukt i litteratur om emnet. Videre vil metodedel beskrive årsak til valg av litteraturstudie som egnet til å besvare problemstillingen, søkeprosessen brukt i scoping review og mitt eget innsnevrede søk innenfor inkluderte artikler i valg av forskningslitteratur relevant for min problemstilling. Til slutt vil dette kapittelet ha en utdyping av egen forforståelse. Deretter følger et teorikapittel til belysning av oppgavens problemstilling og tema. I resultatkapittelet vil jeg presentere forskningsartiklenes metode og funn, for til slutt å sammenfatte hvordan funn kan belyse problemstillingen. Videre følger drøftingskapittelet hvor resultatene blir satt i en sammenheng med emnet og problemstilling, gjennom analyse og drøftelse av funn. Oppgavens siste kapittel er avslutningen som vil summere opp de viktigste funn

i denne litteraturgjennomgangen, og presentere noen refleksjoner både rundt problemstillingens resultat, hva som trengs av videre forskning og veien videre.

1.4 Vernepleierfaglig relevans

I forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning beskrives blant annet at formålet med vernepleierutdanningen er å utdanne personer som skal ha særlig kompetanse innen utøvelse av miljøterapeutisk arbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker, samt helsefremming og helsehjelp. Det er forventet at vernepleieren skal ha en høy etisk bevissthet, gode kommunikasjons- og samarbeidsferdigheter og skal kunne arbeide målrettet og systematisk for å tilby tjenester kjennetegnet av kritisk og innovativ tenkning. (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 2).

De fleste mennesker har gode muligheter til å forme sine liv uten vesentlig hjelp fra andre, men alle innehar ikke de samme forutsetningene. Miljøterapeutisk arbeid er en vesentlig del av vernepleierfaget. Samhandling mellom den man gir omsorg og tjenester til er en del av det miljøterapeutiske arbeidet og handler om å tilrettelegge ut ifra de forutsetninger individet har.

Fellesorganisasjonen (FO) hadde i 2018 en spørreundersøkelse blant medlemsmassen som viste at 725 vernepleiere var ansatt i skolen. FO setter organiseringsgraden hos vernepleiere til å være rundt 50%, og stipulerte derfor at sannsynligheten var stor for at dobbelt så mange vernepleiere arbeider i grunn- og videregående skole. (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 11)

Gjennom utdannelsesløpet har vi blitt presentert for tverrprofesjonelt arbeid, både i teoretisk grunnlag og etterfølgende praksisperiode. Man ser i dag en større grad av tverrprofesjonelt arbeid i skolen, og nytten av miljøterapeuter med tre-årig høyskolegrad. Disse er ofte benevnt som BSV-utdannede, representert ved barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere. Borg et al. (2015) fremmet tanken og kunnskapsgrunnlaget for flerfaglig kompetanse i skolen i rapporten «Hva lærere ikke kan!» og fremhevet her rollen til BSVere i skolen, og samarbeidet med lærere, foreldre og helsesøster som en betydningsfull aktør i skolen (Borg et al. 2015, s. 25-27)

Nordahl (2018) foreslår en plikt for skoleeier til å hente inn og danne rutiner for flerfaglig kompetanse i skolen når behovet viser seg (Nordahl, 2018, s. 258). Videre nevner han miljøterapeuter som viktige samarbeidspartnere ved sin referanse til det statlige prosjektet i regi av utdanningsdirektoratet «Et lag rundt eleven» (Nordahl, 2018, s. 186-187)

Vernepleieren som profesjon har kompetanse til å arbeide relasjonelt rundt utsatte barn/ungdom, kartlegge/observere og delta i tverrfaglig miljøterapeutiske tiltak i skolen, både på universelt, selektert og indikert nivå (FO, 2019)

I mars 2021 ble det levert inn 5234 underskrifter i en underskriftkampanje kalt «Ja til nasjonalt krav om miljøterapeuter i skolen» til Kunnskaps- og integreringsminister Guri Melby. Dette viser at det er et stort engasjement både hos BSV-profesjonene som allerede jobber i skolen og et voksende behov for tverrfaglig og miljøterapeutisk tilnærming i skolehverdagen, noe mange lærere/foreldre/pårørende etterlyser.

1.5 Begrepsforklaring

1.5.1 Traume

Traume defineres gjennom diagnosemanualen DSM-5 slik:

Traume defineres som eksponering for faktisk eller truet død, alvorlig skade eller seksuell vold på en eller flere av fire måter:

- A) Direkte opplever hendelsen.
- B) Personlig vitne til slik hendelse hos andre.
- C) Bli gjort kjent med at slik hendelse skjedde med et nært familiemedlem eller venn.
- D) Opplever gjentatte eller ekstreme eksponeringer for aversive detaljer om slike hendelser, som ved å være første respondent (American Psychiatric Association (APA) 2013).

Traumesymptomer oppstår ofte som en reaksjon på triggere eller traumepåminnelser, dette kan være en plass, lukt eller ord som minner personen om

traumehendelsen. Symptomer kan være depressive symptom, frykt, sinne eller dysregulert affekt (Perfect et al. 2016, s. 8-9). Forskning viser at man kan observere strukturelle og funksjonelle forskjeller i hjernen til barn som har opplevd traumatiske hendelser sammenlignet med barn uten traumeopplevelser (Perfect et al. 2016 s. 9; Teicher et al, 2003, s. 33) Traumatiserte barn kan vise sinne på forskjellig vis, som fysisk aggresjon mot andre eller gjenstander, være uforutsigbar i sinne og raseriutbrudd eller ikke ønske å samarbeide. Barnas erfaring med voksnes avvisning tolkes ofte som tidlig faresignal på truende situasjoner, og de kan utvikle en dysfunksjonell hypersensitivitet overfor andres atferd tolket som avvisning. Annen atferd kan være unngåelsesatferd, selvskading og rusbruk. Enkelt barn utvikler dissosiasjon, som er en form for emosjonell nummenhet når de ikke klarer å unngå triggere. Barn som har opplevd svik og traumatiske hendelser i barndommen, søker ofte å rasjonalisere opplevelsen noe som kan føre til irrasjonelle forklaringer og feilplassert skyld. Ved å generalisere opplevelsen av å ha blitt sviktet av nær person, kan tilknytningsvansker oppstå. (Cohen et al. 2018, s. 30-38)

1.5.2 Positiv atferdsstøtte (PAS)

Positiv atferdsstøtte (PAS) betegner et sett av strategier vis mål er å hemme det som skaper og opprettholder problematferd og å styrke betingelser for ønsket atferd. PAS har ikke et personfokus, men et miljøfokus, hvor man ser på urimelige systemer, settinger og manglende ferdigheter som provoserer frem utfordrende atferd. Kunnskapsgrunnlaget har økt ved studier og oversiktsartikler, og er regnet som «best practice» overfor utfordrende atferd. Nøkkeltrekk ved PAS er respekt for personer med ønske om å hjelpe dem mot et bedre liv, en forståelse av at personer og omgivelser påvirker hverandre og at atferd er funksjonsdrevet, fokus på læring av ny atferd og ikke en avlæring av uønsket atferd. Videre anerkjenner PAS at større kontekster påvirker og inkorporerer dette i en støtteplan, som typisk består av multiple komponenter. Kombinasjon av livskvalitetsforbedrende tiltak med en funksjonell forståelse av atferd som utfordrer, vil virke forebyggende og redusere problematferd (Bakken, 2020, s. 131 – 133)

1.5.3 Behandlingsintegritet

Atferdsanalytisk miljøbehandling – Viken

For en størst mulig effekt av en intervensjon er det essensielt at intervensjonen blir gjennomført som planlagt. Dette er ryggraden i enhver miljøbehandling og kalles for behandlingsintegritet. For å kunne gjennomføre en intervensjon så presist som ønskelig, er det nødvendig med informasjon, kunnskap, kompetanse og interesse for arbeidet. Involverte parter må kjenne til detaljene i tiltaket og gjennomføre det på riktig vis. Tiltaket må være beskrevet så presist som mulig for å danne felles forståelse for hvordan å gjennomføre det. Prosedyrebeskrivelser må være aktuelle og klare rutiner for hvordan tiltaksarbeid og kvalitetssikring skal forvaltes (Viken, 2018, s. 182)

1.6 Forforståelse

Gjennom arbeidserfaring og livserfaring dannes en mengde forforståelser i oss som mennesker. Disse er ofte ikke verdinøytrale og kan forstås som fordommer. Fordom kan beskrives som en dannet tanke eller mening om et fenomen før vi har undersøkt det, nærmest som et eget sett med briller som farger alt vi ser (Røkenes & Hanssen, 2012, s.153-154). Dalland (2017) som bruker begrepet førforståelse, hevder at man alltid har med seg fordommer og førforståelser inn i undersøkelser, og at normen tilsier at man må være seg det bevisst. Ved å lete etter det som kan avkrefte våre forhåndsforklaringer, vil en kunne motvirke tendensen til å kun se på det som kan bekrefte vår egen forforståelse (Dalland, 2017, s. 58).

Min egen forforståelse baserer seg på arbeidserfaring som miljøarbeider i skole og helsevesen. Konsekvenspedagogikk opplevdes som en mye brukt metode i skolen og dette fungerte fint for noen barn, mens andre barn opplevde det som en lite eller mangelfullt tilrettelagt.

I løpet av utdanningsløpet mitt har jeg gjentatte ganger møtt på tema rundt livsbelastninger og traumer i sammenheng med atferd. Det har derav utviklet seg en grunntanke om å se mennesket bak atferden, og slik sett gir traumesensitiv tilnærming gjenklang hos en vernepleier in spe, med habilitering og rehabilitering som et av mange fagfelt. Samtidig har min erfaring som miljøarbeider i skolen gitt

meg innblikk i ukritisk bruk av mer eller mindre evidensbaserte program, for å møte atferdsproblematikken i skolehverdagen. Grunnforståelsen her var ofte et ensidig fokus på atferden som elevens ansvar og ikke hva som skapte atferd eller mulige triggere som sådan i miljøet. Oppgaven min søker derfor å undersøke traumesensitiv tilnærming i skolen som en helhetlig forståelse og tilnærming i møte med atferdsproblematikk hos risikoutsatte elever i skolen, og hvilken effekt forskning kan vise til med tanke på elevers utvikling, trivsel og psykiske helse ved bruk av denne tilnærmelsen.

2.0 Teori

Ordet traume stammer opprinnelig fra gresk og betyr skade eller sår. En forlenget forståelse av dette kan være skade på kropp av fysisk eller psykisk karakter. Et psykisk traume kan oppstå som en reaksjon på uutholdelige hendelser som overvelder sentralnervesystemet og hvor muligheten for hjelp til affektregulering eller bearbeiding ikke er til stede (Anstorp & Benum, 2014, s. 23-24).

Dette kan forstås ved at en stressituasjon som oppleves intens og med høy grad av frykt, samtidig med en følelse av hjelpeløshet og uten mulighet til å unnsnippe kan oppleves som traumatisk. På tross av vår evne til å tilpasse oss, kan traumatiske erfaringer, ved manglende beskyttende og trygge relasjoner, forstyrre psykologisk, biologisk og sosial balanse i vesentlig grad. Det er altså ikke selve situasjonen per se, som avgjør om en person blir traumatisert, men den helhetlig kroppslig respons på denne. Eksempler kan være fysisk og psykisk mishandling, mobbing, krig, naturkatastrofer eller rus, sykdom og død hos nære omsorgspersoner (Thommesen & Neumann, 2019, s. 27 - 28).

Det traumesensitive perspektivet forekommer i litteraturen under flere forskjellige navn, som traumefokusert, traumeinformert og traumebevisst. Ordlyden på begrepet veksler mellom de forskjellige profesjonene som gjør bruk av perspektivet, mens innholdet rommer mye av den samme forståelsesrammen. Traumebevisst omsorg tar utgangspunkt i forskning om hvordan krenkelser og traumatiske opplevelser påvirker barn og unges utvikling og fungering, både på et emosjonelt, kognitivt, nevrobiologisk, og sosialt nivå. Omsorg betyr å bry seg om og ta vare på en annen og grunnlaget i traumebevisst omsorg retter seg mot terapeutens arbeid og hvordan

man skal tenke om, og støtte det traumatiserte barnet eller ungdom. (Jørgensen & Steinkopf, 2013).

Bath (2008) fremhever tre grunnpilarer i traumebevisst omsorg; trygghet, relasjon og følelsesregulering/affektregulering og fremmer disse som elementære prinsipper innenfor traumesensitive tilnærminger. Prinsippene blir omtalt som "The three pillars of trauma-informed care" (Bath, 2008, s.18-20 Når vi snakker om å etablere trygghet for traumatiserte barn så handler det om å etablere emosjonell og fysisk trygghet. Eksempler på trygghetsskapende elementer er kontinuitet, forutsigbarhet, pålitelighet, tilgjengelighet, åpenhet og ærlighet Alle disse egenskaper som omhandler omsorg er relatert til etablering av trygge omgivelser for barn. Positive relasjoner er nødvendige for sunn menneskelig utvikling, men traumer kan undergrave dette og relasjonsbygging blir utfordrende. Følelsesregulering eller affektregulering er noe som må læres. En av primæroppgavene med å jobbe med traumeutsatte barn er å lære og støtte dem i nye mestringsteknikker for emosjonsregulering og impuls kontroll (Bath, 2008, s. 18 -20). Mange traumatiserte barn mangler en omsorgsperson i livet sitt til å lære dem følelsesmessige mestringsstrategier. Å ha en trygg omsorgsperson til å hjelpe og gi støtte i emosjonelle situasjoner kan være hensiktsmessig i traumesensitive tilnærminger. Aktiv lytting er viktig, og kan legge fundamentet for selvrefleksjon og dermed hjelpe barna å utvikle "fortellinger" om deres erfaringer, som er et kritisk element i traumebehandlingsprosessen (van der Kolk, 2003, sitert i Bath, 2008, s. 20). Fokus må derfor være på opplevd trygghet og dette er begrunnet i moderne hjerneforskning. Den viser at nervesystemet til traumatiserte barn ofte er hypersensitivt og alarmen går konstant. Barnet vil da gå ut av toleransevinduet sitt og det er få muligheter til utvikling og læring av nye atferdsmønstre når barnet er over- eller underaktivert (Perry, referert i Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 1). Følelsesregulering er en evne som er lært, og et kjennetegn på barn utsatt for traumer er mangel eller utfordringer med emosjonell selvregulering. Omsorgspersonens oppgave blir å hjelpe barnet til å regulere følelsesuttrykket sitt, kalt samregulering (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 1).

2.1 Utviklingstraume

Traumebegrepet kan óg brukes om barn som opplever manglende omsorg, og ikke får støtte og trygghet når de står i behov for det. Sett i sammenheng med utrygg tilknytning kan traume forstås som tap av erfaringer i tidlig liv, erfaringer som er avgjørende for god utvikling og fungering senere i livet. Utviklingstraume er et begrep som blir brukt når barn utsettes for krenkende og skremmende hendelser eller sentrale omsorgsbehov ikke blir møtt, og beskriver derved at barnet påvirkes og skades (Lillevik, 2019, s. 297)

Utviklingstraumer handler om det sammensatte belastningsforholdet av vold, overgrep og omsorgssvikt og hvor slike belastninger oppstår i kombinasjon av at barnet ikke får støtte til å regulere affekt (Nordanger & Braarud, 2017, s. 25).

2.2 Risikogrupper

Barn som faller inn under det man vil kalle risikogruppe er barn som lever med vedvarende belastende hendelser. Dette kan være alt fra selv å bli utsatt for fysisk, psykisk eller seksuell vold eller se nært familiemedlem bli utsatt for det. Barn som lever i familier med rusmisbruk eller alvorlig psykisk lidelse anses og å være risikoutsatt for utviklingstraumatisering. Det er ikke nødvendigvis slik at det er omsorgsperson som er overgriper, men foreldrebeskyttelsen kan svikte slik at barnet blir mer utsatt for overgrep og krenkelser av andre (Nordanger & Braarud, 2017, s. 25 – 27).

2.4 Den tredelte hjernen

Ved å bruke MacLean sin forenklete metafor kan den tredelte hjernen forklares med følgende metafor: rytteren er den *lærende/tenkende hjernen*, rytteren sitter høyt nok til å ha perspektiv, og er i stand til å tenke rasjonelt, ta prioriterte beslutninger og lære ny informasjon. Hesten er *overlevelse/emosjonell hjerne*, som fungerer på en rask, kraftig måte ved beskyttende instinkter basert på magefølelse og emosjoner. Når den er integret, kan rytter og hest ha et godt samarbeid og gjøre produktivt arbeid. Men når noe utløser en påminnelse om traumer, faller rytteren av hesten, og den *lærende/tenkende hjernen* blir stort sett sporet av. I disse øyeblikkene er det ikke

mulig å gjøre bruk av konsekvenser som tap av en stjerne i boken eller annen type sanksjon, tvert om kan det utilsiktet eskalere oppførselen. I stedet oppfordres lærere til å svare på atferden ved å adressere elevens underliggende sikkerhetsbehov, og dermed hjelpe "rytteren" tilbake på "hesten" før alt annet. (van der Kolk, 2014, s. 64-65)

2.5 Toleransevinduet

Toleransevinduet-modellen (fig. 1) er en psykoedukativ forklaringsmodell som tydeliggjør utfordringen med aktivering og regulering. Med toleransevinduet menes det spennet av stressaktivering som man er i stand til å håndtere, uten at ens normale funksjoner blir forstyrret. Innenfor toleransevinduet hviler hjernens alarmsystem, og det autonome nervesystemet og hormonsystemet med blant annet stresshormoner som kortisol, er i balanse (Thommesen og Neumann, 2019, s. 65-66). Selve toleransevinduet betegner en sone med optimal aktivering, og oppmerksomheten er optimal med tanke på situasjonen man er i eller overfor andre mennesker. Hyperaktiv tilstand betegner tilstand over toleransevinduet, da er muskeltonus, hjerterytme og respirasjon høyere og man har en sympatisk aktivering. Motbildet er en hypoaktiv tilstand, under toleransevinduet, da vil muskeltonus, hjerterytme og respirasjon være lavere. (Porges, referert i Nordanger & Braarud, 2017, s. 38) Grensene i vinduet kan variere fra person til person, også hos den enkelt. Medfødte faktorer som temperament vil virke inn, emosjonell tilstand og sosial kontekst er også faktorer som spiller inn. I trygge omgivelser vil de fleste tåle mer. Tidlig erfaring i samspill med omsorgsperson vil være med å forme toleransevinduet's fleksibilitet (Siegel, referert i Nordanger & Braarud, 2017, s. 39)



Fig. 1 (Hentet fra <https://www.traumebehandling.no/forsta/hjernen-og-kroppen/>)

2.6 Differensierte tiltak i skolen

Barn preget av traumeopplevelser kan ha god nytte av differensiert støtte i skolen. Dette handler om tilpassete tiltak ut ifra elevens behov og forutsetninger. Det legges her vekt på å evaluere elevens fremgang, identifisere de elever som har signifikant dårligere prestasjoner sammenlignet med medelever, systematisk evaluere effekt av tilpasset undervisning og tilpasse støtte ut fra dette. Man deler typisk dette opp i universelle tiltak (skoleomfattende), selekterte tiltak (elever med moderat risiko) og indikerte tiltak (elever med sammensatte behov. Dette presenteres ofte i en pyramideform, hvor gulvet er det universelle nivå med fokus på alle elever, midtpartiet det selektert og toppen det indikerte (Rygvoid & Ogden, 2017, s. 21 – 23)

Denne tredelingen av innsatstyper innebærer at prinsippene for en inkluderende og tilpasset opplæring gjelder alle barn og unge, også dem som har behov for varige og intensive indikerte tiltak. Systemet er bygd på prinsippet «minst restriktive plassering», og innebærer at barn skal ha tilhørighet i fellesskapet og den hjelp og

støtte de trenger skal som hovedprinsipp gis i den enkelte klasse eller skole (Nordahl, 2018, s. 231 – 237).

3.0 Metode

Dalland (2017) hevder at metode skal beskrive fremgangsmåten en problemstilling blir besvart på, og kan ses på som et redskap i møte med temaet en vil undersøke. Det er derfor viktig å vurdere valg av metode i forhold til problemstillingen før start og kritisk kunne vurdere om valgt metode var formålstjenlig ved avslutning av undersøkelsen. Vi trenger ulike metoder både for å få ny kunnskap, men og til å etterprøve påstanders grad av validitet, reliabilitet og holdbarhet (Dalland, 2017 s. 51 – 55).

3.1 Litteraturstudie som metode

For å belyse min problemstilling har jeg valgt å benytte meg av litteraturstudie. Aveyard (2019) definerer litteraturstudiet som en omfattende studie av litteratur som tar for seg et spesifikt forskningsspørsmål. Videre hevder hun at litteraturstudiets oppgave er å oppsummere all litteratur tilgjengelig til besvarelse av problemstilling, hvor den i en samlet kontekst presenteres og kildekritisk analyseres for å gi leseren en oppdatert kunnskap på det valgte emnet (Aveyard, 2019, s 2-4).

Utgangspunktet for denne bacheloroppgaven er min deltagelse i et studentaktivt forskningsprosjekt ved Høgskulen på Vestlandet, med tittel *Traumesensitiv tilnærming i skolen*. I prosjektet samarbeider jeg med 4 studenter og veiledere i et delprosjekt bestående av et Scoping review, og det ble slik naturlig for meg å velge litteraturstudie som metode til bacheloroppgaven.

Litteraturstudien studerer det som allerede er undersøkt og skrevet om, slik at målet med en litteraturstudie er ikke å skape ny kunnskap, men å systematisere denne (Støren, 2013, s. 16-17)

Oppgavens metode vil derav bestå at en systematisk litteraturgjennomgang, hvor jeg vil identifisere all forskningslitteratur som er relevant for min problemstilling. Videre vil kildekritikk være vesentlig som metodisk redskap.

Det finnes mye litteratur om miljøterapeutisk arbeid og en del om traumesensitiv tilnærming, men lite faglitteratur som kombinerer de to temaene. Mye av forskningen som omhandler traumesensitiv tilnærming er utarbeidet av psykologer med fokus på den terapeutiske behandlersamtalen, så det vil bli interessant å se hvordan dette kan kombineres med miljøterapeutisk arbeid i skolen.

Samtidig opptar tematikken meg, grunnet erfaring i mitt arbeid i videregående skole. Jeg la ofte merke til at lærerne var mindre motivert og engasjert i såkalt problembarn, altså barn med en problematisk atferd. Disse barna/ungdommene ble ofte møtt med strengere regler, konsekvenser og fornuftsamtaler, når de stod midt oppi en emosjonell utagering. Konsekvenspedagogikk var enerådende, og for egen del følte det ofte vanskelig å akseptere at denne metoden og tankesett skulle kunne avhjelpe disse ungdommene med deres utfordringer. Det var slik min søken etter noe annet enn pedagogenes metoder resulterte i at jeg søkte meg til vernepleierstudiet

3.2 Innhenting av litteratur

Litteraturgjennomgangen baserer seg på et systematisk litteratursøk av forskningslitteraturen omhandler traumesensitiv tilnærming i skolen. For å kartlegge studier knyttet til traumesensitiv tilnærming i skolen ble det gjort et systematisk litteratursøk i følgende vitenskapelige databaser; PsycInfo, Web of Science, MEDLINE og ERIC. Aveyard nevner elektroniske søk som en mye brukt metode for å finne relevant litteratur (Aveyard, 2019, s. 80 – 82) Søket ble gjennomført ved å bruke en søkestreng der søkeord for henholdsvis traumesensitive, tiltak og skole ble kombinert sammen med OR. Følgende søkestrengen ble benyttet: ((«trauma-sensitive» OR «trauma-informed» OR «trauma-focused») AND («prevention» OR «intervention») AND «school»). Søkeloggskjema er vedlagt oppgaven som vedlegg 1.

Søket identifiserte 436 artikler, og henholdsvis i de følgende databasene fikk man disse treffene; PsycInfo - 195 treff, Web of Science - 117 treff, ERIC - 80 treff og MEDLINE - 44 treff. Samlet ble artiklene lagt inn i referansehåndteringsverktøyet Rayyan.org, for videre screening av prosjektgruppen (Ouzzani et al., 2016, s. 3)

3.3 Screeningsprosess

Etter identifisering og fjerning av duplikater sto man igjen med 289 artikler. I det videre arbeidet vurderte vi tittel på artiklene og abstract/sammendrag for å finne relevans i forhold til artikler som tematiserer og presenterer forskning på traumesensitiv tilnærming i skolen. Bøker, bokkapitler og avhandlinger ble ekskludert. Vi ble stående igjen med 69 artikler.

I oppgaven min står jeg fritt til å bruke relevante artikler som prosjektgruppen inkluderte, og dette inkluderings- og ekskluderingsstrinnet er det første steg for å avgrense litteraturen.

Jeg foretok nå et eget søk i Rayyan på de gjenværende 69 artiklene, med søkeordene «effect* AND intervention» Dette søket ga 16 treff. I det videre ekskluderte jeg systematic review, med begrunnelse i at jeg ønsket å gjennomføre en systematisk litteraturgjennomgang av forskning gjort relativt nylig. Jeg avgrenset søket til å gjelde de siste 5 år (2016 – 2021), dette reduserte artikler til 12 treff. For de gjenværende artikler ble det gjennomført en gjennomgang i fulltekst etter nedenstående inklusjons- og eksklusjonskriterier.

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Gitt problemstillingen var det overordnede inklusjonskriteriet at publikasjonen måtte omhandle traumesensitive tilnærminger i skolesammenheng. Helt spesifikt:

Populasjon:

Elever i grunnskole og videregående skole, altså barn og unge mellom 5 til 19 år. Intervensjon må gis på skolen i skoletid, enten av skolepersonell eller helsepersonell tilknyttet skolen. Ekstern behandling ved klinikk vil føre til ekskludering.

Studiedesign:

Empiriske (kvantitative og kvalitative) studier. Studien måtte bestå av konkrete undersøkelser som observasjon/eksperiment for å få ny kunnskap eller etterprøving av pilotprosjekt og fremvise målbar effekt av intervensjon. Den måtte inneholde beskrivelse av metode for datainnsamling og analyse, vise til etiske hensyn, og være

publisert i et fagfellevurdert tidsskrift klassifisert til minimum publiseringsnivå 1 hos Norsk senter for forskningsdata (NDS). Studien måtte være presentert i IMRaD format.

Språk:

Kun engelskspråklige artikler er inkludert.

Ekskludering på bakgrunn av ovenstående kriterier og fulltekstgjennomgang førte til at seks artikler ble fjernet, og de resterende seks artiklene ble gjenstand for kritisk vurdering ved hjelp av sjekklister.

3.5 Kildekritikk

Ved kildekritikk er det viktig å vurdere og gjøre rede for den litteraturen man har anvendt. Aveyard (2019) skriver om viktigheten av å forholde seg kritisk til det kildematerialet som blir benyttet i oppgaven. Videre skriver hun at kildekritikk dreier seg om å gi leseren innblikk i hvilke refleksjoner en som forfatter har gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen min. (Aveyard, 2019, s 98-105)

Som kritisk bedømningsverktøy av forskningsartiklene har jeg valgt å anvende Critical Appraisal Skills Programme (CASP), utviklet ved University of Oxford. CASP har utviklet forskjellige sjekklister etter hvilken type studie en skal vurdere og Aveyard (2019) fremhever dette verktøyet som egnet til å vurdere forskningslitteratur og andre typer av forskningsstudier (Aveyard, 2019, s. 107-108).

Videre har jeg anvendt NSD Register over vitenskapelige publiseringskanaler til å sjekke hvilket nivå artiklene publiseres i, som en kvalitetsikring. I NSD kan man søke i publiseringskanaler på nivå 1 eller 2, hvor 2 utgjør et høyere kvalitetsnivå enn 1 (Helsebiblioteket, 2012).

I kunnskapspyramiden presentert på Helsebiblioteket vil kvalitetsvurderte enkeltstudier befinne seg nederst i pyramidehierarkiet (Helsebiblioteket, 2019). Aveyard (2019) skriver følgende om evidenshierarki; Systematic Reviews of RCTs rager øverst, deretter RTCs, fulgt av Kohortstudier og Case-control studies, videre under kommer spørreundersøkelser, Case reports, kvalitative studier og til slutt

ekspertmeninger og anekdotiske meninger (Aveyard, 2019, s. 65 – 67). I denne oppgaven har jeg søkt etter ny forskning og har derfor konsentrert meg om studier som befinner seg i midten av et evidenshierarki, som Kohortstudier, tidsseriestudier og enkeltstudier med kontrollgruppe.

3.6 Kvalitetsvurdering av egen metode

En utfordring ved litteraturstudier er at man støtter seg på andres forskning og mulighetene for å finne forskning som er relevant for problemstillingen avhenger av en gjennomtenkt og begrunnet søkeprosess samtidig som kvalitet og pålitelighet må vurderes. Dalland kaller dette for informasjonskompetanse (Dalland, 2017, s. 150). Min informasjonskompetanse er dannet gjennom et tre-årig vernepleierstudie, hvor kunnskapsbasert praksis har hatt et overordnet fokus.

Jeg har nøye beskrevet kriteriene for valgt litteratur, og etter full sjekk og gjennomgang med alle ovenstående kriterier, stod fem artikler igjen som inkludert til gjennomgang i oppgaven. En mulig svakhet i oppgaven kan være at søk ble gjennomført i Rayyan på et tidspunkt hvor syv artikler var ekskludert i egen mappe for konflikt og prosjektgruppen hadde ikke konkludert om disse skulle inkluderes.

Jeg har samvittighetsfullt prøvd å være så objektiv som mulig gjennom prosessen, med forforståelse kritisk vurdert under lupen ved hver korsvei

3.7 Etikk

En litteraturstudie gjennomføres ved bruk av etiske regler for fusk og plagiering. Viktigheten av å kreditere kilder er et absolutt krav. Urederlighet har mange negative konsekvenser som manglende tiltro fra samfunnet, tiltro til forskermiljø svekkes, finansiering av forskning blir vanskeligere og den kan gi skadelige konsekvenser (Vinter, 2016).

For å kunne systematisk vurdere studier må etiske overveielser tas i bruk. Etisk vurdering gjøres ved hver enkel artikkel og et sett å kvalitetsjekke forskningen presenter i denne oppgaven. Alle studier har vært gjennom en etisk komite og enkelte følger Helsinkideklarasjonen.

Det er likevel på sin plass å kommentere etiske problemstillinger ved forskning på barn og særskilt sårbare barn. Etiske dilemma kan oppstå når forsker eksempelvis får innblikk i voldsutsatt barn gjennom sin undersøkelse. Da er det viktig å vite at forskere har selvstendig meldeplikt om slikt blir oppdaget. Dette kan gjøre deltagere motvillig, og man bør i forkant av undersøkelse informere om denne plikten (Backe-Hansen, 2009).

4.0 Resultat

Her vil jeg kort presentere artiklene med de funn jeg har brukt og vurdert som relevant opp mot tema og problemstilling: «*Hva viser forskning om effekten av traumesensitive tilnærming i skolen hos risikoutsatte barn?*»

4.1 Gjennomgang av artikkel 1

Artikkelen er engelskspåklig og skrevet av Joyce S. Dorado, Miriam Martinez, Laura E. McArthur & Talia Leibovitz (2016). Tittelen på artikkelen er: «*Healthy Environments and Response to Trauma in Schools (HEARTS): A Whole-School, Multi-level, Prevention and Intervention Program for Creating Trauma-Informed, Safe and Supportive Schools*». Artikkelen er publisert i tidsskrift på nivå 1.

Formål med studien: Evaluerer av HEARTS program, en traumesensitiv tilnærming ved fire skoler etter henholdsvis ett og fem år med gjennomføring av programmet, med varierende lengde for hver enkelt skole.

Metode: Fire forskningsspørsmål stilles; (1) Var det en økning i HEARTS skolepersonells kunnskap om å håndtere traumer og i bruken av traumesensitiv praksis? (2) Var det en forbedring av elevenes skoleengasjement? (3) Var det en reduksjon i atferdsproblemer som tidligere ville ført til tap av elevenes undervisningstid på grunn av disiplinære tiltak? (4) Var det en reduksjon i traumarelaterte symptomer hos elever som fikk HEARTS terapitiltak?

Skolene fikk implementert et tredelt-nivåsystem, universell, selektert og indikert. På universelt nivå fikk elevene kunnskap om og øvde seg i stressregulering. På selektert nivå fikk barn identifisert som risikoutsatt psykoedukasjon og ferdighetsbyggende trening. På indikert nivå fikk elevene gruppe eller individrettede terapi på skolen, gjerne i samarbeid med foreldre/omsorgsperson og tilpasset undervisning gjennom

Individuell opplæringsplan (IOP). Videre fikk alt personell opplæring i traumesensitiv tilnærming og teorigrunnlag, for å skape en felles forståelse og utøvelse. Sekundær traumatisering, stress og utbrenthet blant personalet ble adressert og traume-sensitiv praksis ble øvd på jevnlig.

Spørreundersøkelser både før og etter tiltak ble sendt ut til lærere, spesialpedagoger, medlemmer i administrasjonen, miljøterapeuter og rådgivere involvert i traumesensitiv tilnærming. Undersøkelsen fikk en besvarelsesrate på 62%. Videre ble data innhentet hos 46 elever som mottok terapitiltak, identifisert ved hjelp av Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS) skala.

Hovedfunn: Analyser av de forskjellige datakildene indikerte at HEARTS forbedret kunnskapen om traumer og traumesensitiv tilnærming blant skolepersonell på alle de fem områdene som ble undersøkt. Videre at elever med høy risiko virket mer engasjerte, oppgavefokuserte, møtte i større grad på skolen og deltok i timer, og at skolene opplevde stor tilbakegang i disiplinærhenvisninger grunnet fysisk utagering og som totalverdi etter første året, henholdsvis med 43% reduksjon og 32 %. Etter fem år var endringen i fysisk utagering minsket med hele 86% og totale hendelser med 87%. Utvisningstall endret seg ikke veldig første året, etter fem år hadde antall utvisninger minsket med 95 %. Videre viste studien en reduksjon i traumarelaterte symptomer for nivå-3 elever, med en moderat effekt i følelsesregulering, funksjonsfungering og tilknytning, og en svak effekt ved dissosiasjon og påtrengende minner.

4.2 Gjennomgang av artikkel 2

Artikkelens språk er engelsk og skrevet av Ijadi-Maghsoodi, Roya; Marlotte, Lauren; Garcia, Ediza; Aralis, Hilary; Lester, Patricia; Escudero, Pia; Kataoka, Sheryl. (2017) Tittelen på artikkelen er: *Adapting and implementing a school-based resilience-building curriculum among low-income racial and ethnic minority students*. Artikkelen er publisert i tidsskrift på nivå 1.

Formålet med studien: Her viser forfatterne til et tre-delt formål. Det første består i å kunne beskrive implementerings- og tilpasningsprosessen for en bestemt læreplan/program i resiliensbygging i klasserommet, inkludert hva som fungerte bra og hva som fungerte dårlig. Videre ønsket studien å kunne presentere foreløpige

bevis for at den traumesensitive læreplanen for resiliensbygging i klasserom påvirker viktige resiliensferdigheter blant elevene. Til sist ønsket man å undersøke gjennomførbarhet og aksept ved implementering av en traumesensitiv resiliensprogram i skolene. I denne oppgaven vil studiedelen som omhandler evidens ved påvirkningsgrad av resiliens grunnet programmet være essensielt.

Metode: Studien gjør bruk av en mixed-method design med både kvantitative og kvalitative data. Programmet ble gjennomført på to ungdomsskoler og i totalt åtte klasser, i regi av to kliniske miljøterapeuter som hadde gjennomgått 1-dags kurs i å lede programmet. Intervensjonen bestod av ni moduler, som hver varte 45-55 minutter, alternativt delt i to 25 minutters leksjoner. Skolene gjennomførte leksjonene litt forskjellig, den ene ble utført i en time med leksehjelp, den andre i time for helseundervisning.

80 % av elevene rapporterte at de sjelden eller aldri hadde vært i kontakt med psykisk helsetjenester siste året, og 19% viste sammenfall med PTSD symptomer etter screening i forkant av prosjektet. Fraværestallene var høye, mellom 31-32 % på begge skoler. Screening for indre/ytre resiliensfaktorer/beskyttelsesfaktorer var gjort som baseline.

Hovedfunn: Studien viste en moderat økning i evnen til problemløsning. En mindre økning i empati, selvfølelse og mestringsfølelse ble observert. I den kvalitative delen hevdet mange elever positive sider ved programmet, som at det var til god hjelp, opplevelse av økt støtte både mellom elever og fra lærere, økt kontakt mellom lærer og elev og ikke minst, minsket stigma rundt det å kunne dele følelser og å snakke om følelser blant andre.

4.3 Gjennomgang av artikkel 3

Artikkelens språk er engelsk og er forfattet av Shantel D. Crosby, Angelique Day, Beverly A. Baroni og Cheryl Somers (2019). Tittelen er «*Examining trauma-informed teaching and the trauma symptomatology of court-involved girls*». Artikkelen er publisert i tidsskrift på nivå 1.

Formål med studien: å evaluere traumeinformert undervisningsintervensjon gjennom en flerårig undersøkelse blant jenter i barnevernstiltak, ved å kvantitativt måle deres

trivsel etter intervensjon. To forskningsspørsmål; 1) «Viser elevene betydelige endringer i traumesymptom i løpet av observasjonsperioden?» og 2) «Varierer endringer i traumesymptom etter etnisitet/rase?».

Metode: Denne undersøkelsen berørte jenter i alder mellom 14 – 18 år, hvor skolen var plassert i tilknytning til omsorgsboligen jentene bodde i. Fluktuasjon av elevmassen var stor, med en gjennomsnittstid på 133 dager som elev. Av de totalt 815 elevene gjennom årene 2012 – 2015, var det kun 109 elever som gjennomførte før- og etterundersøkelsen og som derved ble inkludert i analysen.

Faglig påfyll til lærerne bestod i 8 sekvenser gjennom skoleåret, gitt av kliniske sosialarbeidere med kompetanse på traumer, mental helse og barnevern. To ergoterapeuter deltok i programmet, med ytterligere 6 treningsøkter i bruken av sensoriske verktøy og sensorisk integrasjonsteori, og generell coaching i grupper gjennom hvert av skoleårene. Behandlingsintegritet ble ivaretatt gjennom ergoterapeuters og sosialarbeidernes observasjoner i klassene gjennom undersøkelsen.

Monarch room (MR) ble brukt som et alternativ til disiplinærhenvisninger, for å øke elevens klasseromdeltagelse. Ved følelsesutbrudd eller når atferd til enkeltelever ble problematisk i klasserommet kunne eleven selv eller lærer foreslå å gå til MR for å få hjelp til å regulere seg, ved hjelp av korte intervensjoner som samtaleterapi, problemløsningssamtaler eller bruk av sensoriske verktøy (fidgets, vektdyner, o.a.) Rommet var tenkt til hjelp for elever som opplevde traumetriggere, og dermed fikk internalisert eller eksternalisert problematferd med selvstendig mål om at eleven returnerte til klassen i løpet av ti minutter. Besøkene ble loggført.

Studien gikk over tre år, men data til før- og etterundersøkelsen ble innhentet i ett og samme skoleår og dataene ble ikke duplisert for flere år. Data ble innhentet på godkjent vis med informert samtykke fra deltakerne. PTSD symptom ble målt ved hjelp av Child Report of Post-traumatic Symptoms (CROPS) som er et selvrapporeringskjema.

Hovedfunn: Funns vedrørende endringer i traumesymptom viser at traumesensitiv tilnærming gir en signifikant reduksjon i traumesymptom og gjengitt med Cohens d , som er et mål på effekt for forskjellen mellom to gjennomsnitt, betegnes dette som medium effekt. (Svartdal, 2020).

Det ble ikke observert noen signifikante forskjeller mellom jentenes tilhørighet i de forskjellige etniske grupperinger på reduksjon i traumesymptom.

4.4 Gjennomgang av artikkel 4

Artikkelens språk er engelsk og er skrevet av Nathaniel von der Embse, Laura Rutherford, Ariel Mankin og Andrew Jenkins (2019). Tittelen er «*Demonstration of a Trauma-Informed Assessment to Intervention Model in a Large Urban School District*». Artikkelen er publisert i tidsskrift på nivå 1.

Formål med studien:

- 1) Forbedre Positive Behavioral Intervention and supports (PBIS) på universalt nivå (Tier I) gjennom traume-sensitiv opplæring.
- 2) Undersøke tendenser og trender i elevrisiko over to år.
- 3) Fastslå effektivitet av lærercoaching i klasseromledelse for å forberede for tiltak på selektert nivå (Tier II).
- 4) Utvikle en beslutningsprosess fra Tier I til Tier II tiltak, og implementere vedvarende Tier II tiltak og verktøy for evaluering av disse.

Metode: Kohortstudie av elever mellom 11 – 14 år ved en grunnskole i Philadelphia. Risikoscreening på universelt nivå, for å selektere elever som ble undersøkt med et PTSD symptomverktøy. Opplæring i traumeinformert praksis ble gitt til lærere gjennom et to-timers faglig seminar, og rutinemessig vektlagt ved personalmøter. Skolepsykolog med Phd. ga innføring i atferdsmessige og psykiske helsesyntomer i klasserommet, lærernes rolle var å identifisere risiko gjennom universell screening, gjennomgang av elementer i SAEBRS og en praksis og feedback øvelse basert på tvetydige eksempler.

Hovedfunn: Screening av elevene med CBITS Trauma Exposure Checklist viste at samtlige elever hadde opplevd minst én traumatisk hendelse innenfor en tidsramme av de to siste ukene, og derav oppfylte kravet for videre undersøkelse med Child PTSD symptom skala-verktøyet. Denne målingsskalaen indikerer grad av PTSD til

vurdering av inkludering i kognitiv atferdsterapi gruppe på skolen (The Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools- CBITS) i et selektert nivå.

Sosial, akademisk og emosjonell atferdsrisiko Screener (SAEBRS) er et universelt screeningsverktøy som brukes til å identifisere studenter som står i fare for akademisk, sosial og emosjonell risikoatferd.

SAEBRS screeningen ble gjennomført i november, februar og mai det første og andre året av prosjektet. Screeningsresultater indikerte betydelig risiko for elevene på alle områder. Prosentandelen elever som er risikoutsatt, varierte fra 50,3% (november) til 68,5% (februar). Samlet sett økte den totale prosentandelen av risikoutsatte elever fra høst til vinter begge årene med screening. Risikoen ble betydelig redusert (13,6%) fra vinteren til våren 2017. Det første året av screening var denne reduksjonen av risiko hos elevene i samsvar med mønstre i anmerkninger (ODR) blant studenter i klasser som fikk universell (Tier 1) intervensjon. I disse klassene, ble elevanmerkninger reduserte fra maksimalt ca. 1,2 anmerkning pr. dag i oktober 2016 til mindre enn 0,2 anmerkning pr. dag i juni 2017. I motsetning til dette forble anmerkninger blant elever i klassene som ikke mottok Tier-1- klasseromsledelse (første til fjerde klasse). stabile gjennom hele skoleåret. Universelle screeningdata indikerte en liten reduksjon i risikoen (3,0%) fra vinteren 2017 til våren 2018.

4.5 Gjennomgang av artikkel 5

Artikkelen er engelskspråklig, og forfatterne er Jiyoung K.Tabone, Carrie W. Rishel, Helen P. Hartnett, Kathy F. Szafran (2020) Tittel på studien er «*Examining the effectiveness of early intervention to create trauma-informed school environments*». Artikkelen er publisert i tidsskrift på nivå 1.

Formål: undersøke effekten av TIES (Trauma Informed Elementary Schools) TIES bygger på ARC-rammeverket (Attachment, Self-Regulation, and Competency), en fleksibel og komponentbasert intervensjon utviklet for barn og unge med komplekse traumer. TIES implementeres ved hjelp av terapeuter på master-nivå med erfaring i familiesamarbeid. Hver terapeut har rådgivningsansvar overfor to skoler og

gjennomsnittlig tre klasser som gjennom året blir fulgt opp i ca. 600 timer med rådgivning og trening. Behandlingsintegritet ble derav ivaretatt.

Metode: Effekten av traumesensitiv tilnærming ble målt ved hjelp av Classroom Assessment Scoring System (CLASS). CLASS ble brukt til å evaluere aktiviteten til klasserommene i begynnelsen av skoleåret (baseline) og slutten av skoleåret (oppfølging) på tre områder: emosjonell støtte (positive og negative klima, lærerens følsomhet og hensyn til elevperspektiv), klasseromorganisering (atferdsledelse, produktivitet og læringsformater) og instruksjonsstøtte (konseptutvikling, kvalitet på tilbakemeldinger og språkmodellering). Uavhengige sertifiserte CLASS-observatører som ble blindet for gruppeoppgaver, gjennomførte alle observasjoner og fullførte hver måling.

Hovedfunn: Klasserom som mottok TIES-programmet, viste en betydelig forbedring sammenlignet med sammenligningsklasser ved bruk av All data utvalget (74 klasser). TIES-klasserom viste en signifikant økning i emosjonell støtte og klasseromledelse, gjennom året mens ingen slike forbedringer ble observert i sammenligningsklasserom. Disse viste tilbakegang i følelsesmessig støtte og organisering av klasserommet. I instruksjonsstøtte viste begge gruppene en samlet økning fra baseline til oppfølging. Selv om endringen observert i TIES-klasserom var større enn sammenligningsklasserom, var forskjellen bare marginalt signifikant. Beregnet effekt etter Cohens d tilsier stor effekt ved emosjonell støtte og moderat effekt ved klasseromledelse og instruksjonsstøtte.

I Fokusgruppen viste klasser som mottok TIES-programmet, signifikante forbedringer i alle tre utfallsområder sammenlignet med sammenligningsklasser. TIES-klasserom viste en betydelig i følelsesmessig støtte klasseromledelse og instruksjonsstøtte mens ingen slike signifikante forbedringer ble observert i sammenligningsklasserom. Beregnet effekt etter Cohens d viste stor effekt i emosjonell støtte og klasseromledelse, og moderat effekt ved instruksjonsstøtte.

4.6 Oppsummering av funn

Som metode for oppsummering av funn, vil oppgaven gjøre bruk av tematisk analyse. En slik analyse søker å finne felles tematiske begrep fra de forskjellige

artiklene, for på det viset kunne sammenligne resultat og danne en sammenfatning. Dette er et grep som letter analysen og kan benyttes i en bacheloroppgave (Aveyard, 2019, s. 141-147) De utvalgte tema vil videre presenteres med mer dybdeinformasjon fra hver artikkel og en kritisk vurdering av denne.

Dorado et al. (2016)	Ijadi-Maghsoodi et al. (2017)	Crosby et al. (2019)	Von der Embse et al. (2019)	Tabone et al. (2020)	Tema
2			2	2 + 1	Nedgang ekstern. Atferd 7
2		2			Nedgang traumesymptom 4
	2			1 +1	Økt eksekutiv funksjon 4
		1	2	1	Behandlingsintegritet 4
1				2	Økt skoledeltagelse 3
				2	Bedret relasjon 2
			1		Risikogr. Identifisert 1
	1				Sosial kompetane 1
	1				Økt selvfølelse 1

Fig 2. Tematisk tabell

Redusert eksternalisert atferd/hendelser – Tre studier meldte reduksjon i denne kategorien og den ga samlet størst resultat. Dorado et al (2016) implementerte en differensiert intervensjon, fokus i studien var drop-outs og økt fare for kriminell løpebane. Studiens svakhet er manglende kontrollgruppe. von der Embse et al. (2019) hadde fokus på universelt og selektert nivå, hvor elever lærte stressmestringsstrategier som pust og progressiv muselavslapning. Det er en svakhet at studien belegger resultatet sitt i anmerkningstall. Tabone et al. (2020) gjorde bruk av kontrollgruppe, noe som styrker studien, men målinger ble gjort av sertifisert observatør alene, som er en svakhet

Redusert traumesymptom – Dorado et al. (2016) viser økt affektregulering, bedre tilknytning og funksjonell fungering, mindre effekt på påtrengende minner og dissosiering. Crosby et al. (2019) hadde signifikant nedgang i traumesymptom. Her vektlegges relasjonelle forhold og bruk av miljøterapeuter som mulig årsak. Fokus på behandlingsintegritet.

Økt eksekutive funksjon - Ijadi-Maghsoodi et al. (2017) observerte økt evne til problemløsning, intervensjon levert av miljøterapeuter med fokus på behandlingsintegritet. Studiens svakhet er mangel på kontrollgruppe. Tabone et al. (2020) viste signifikant økt evne til kritisk tenkning/problemløsning i sin studie, her reflekteres det over manglende randomisering som en svakhet.

Behandlingsintegritet skåret fire og er derved et vektlagt moment, oppgaven velger likevel å se bort fra de seks siste tema, da presenterte funn er god nok til å besvare problemstillingen.

5.0 Drøftelse

Ved denne litteraturgjennomgangen har jeg ønsket å identifisere nyere forskning rundt temaet traumesensitiv tilnærming i skolen og i dette kapitlet vil jeg drøfte oppgavens problemstilling: «Hva viser forskning om effekten av traumesensitiv tilnærming i skolen hos risikoutsatte barn?» Jeg vil trekke frem funn og teori fra artiklene, og sammenlikne disse.

Ved å tematisere målkategoriene fra de enkelte studiene ble sammenstilling av disse enklere. Studiene synes å bekrefte effekt av traumesensitiv tilnærming, dog var detaljnivået på intervensjonene ofte mangelfulle og enkelte studier manglet kontrollgruppe. Et gjennomgående element er at intervensjon gies av miljøterapeuter eller lærer, og flere av studiene vektlegger det relasjonelle aspekt. Dette er i tråd med aktuell litteratur (Bath, 2008; Jørgensen & Steinkopf, 2013; Nordanger & Braarud, 2017).

Kunnskapsformidlingen og behandlingsintegritet ble adressert i de fleste studiene, og umiddelbart kan det virke som om de studiene hvor behandlingsintegritet ble kontrollert hadde størst effekt (Dorado et al. 2016; Crosby et al, 2019; Tabone, 2020) Et av studiene så på konfunderende faktorer (Crosby et al., 2019), dette var en studie med deltager i et barnevernstiltak med overtagelse av omsorg. Jentene i undersøkelsen bodde på samme Campus som bolig, og det var vanskelig å avgjøre om det kun var intervensjon i skole som ga effekt, eller om det var en kombinasjon av mindre belastende hendelser og skoleintervensjon.

Flere faktorer enn reduserte eksternalisert atferd og reduserte traumesymptom, vil kunne fortelle oss noe om effekt. I resiliensperspektiv kan en tenke at økt sosial kompetanse vil være verdifull effekt. Men for at barna skal kunne ta til seg ny atferd og fungering, trengs trygge og sikre rammer (Bath, 2008; Jørgensen & Steinkopf, 2013) Så ved å se på tema som økt eksekutiv funksjon (Tabone et al., 2020; Ijadi-Maghsoodi, 2017) kan en tenke at denne økningen vil være av vital betydning for at ny læring kan skje, som sosial kompetanse, relasjonsbygging, og selvfølelse (Tabone et al., 2020; Ijadi-Maghsoodi, 2017).

Randomisert blindede undersøkelser er gullstandarden i forskning (Aveyard, 2019, s. 66), disse er omfattende og kostbare. Forskningsartiklene i oppgaven er alle fra USA og har mottatt en eller annen form for økonomisk støtte. Dette kan selvfølgelig skape bias, og en studie viser nettopp denne interessekonflikten (Ijadi-Maghsoodi, 2017)

En undersøkelse med kontrollert gruppe, understreket som svakhet at uavhengige sertifiserte CLASS-observatører gjennomførte alle observasjoner og fullførte hver måling, men at resultatet var avhengig av én målekilde, observatørene foretok enslige måling og ikke i lag. Dette reiser et pålitelighetsspørsmål. Forslag til fremtidige studier er å adressere dette problemet ved å inkludere to CLASS-observatører som utfører måling for å oppnå interrater-reliabilitet eller ved å legge til en alternativ målemetode (Tabone et al.,2020)

6.0 Avslutning

Med tanke på mengden traumeeksponerte barn og unge ,er den økende bevegelsen for å bygge traumeinformerte skoler prisverdig og viktig. Valget av pedagogisk praksis og validering av pedagogiske intervensjoner krever imidlertid kunnskapsbasert beslutningstaking. Det nåværende kunnskapsgrunnlaget for traumeinformerte skoler er begrenset grunnet de mange ukontrollerte programevalueringstudier. Den traumesensitive tilnærmingen i skolen trenger sunn, objektiv kunnskap om implementeringsprosesser og grundige bevis på resultater for å veilede implementering og for å sikre at denne innsatsen resulterer i forventede resultater.

Litteraturliste

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM.5* (5 utg.) American Psychiatric Publishing Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4 utg). Open University Press/ McGraw- Hill Education

Backe-Hansen, E. (2009, 1 september) *Barn*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/barn/>

Bakken, A. (2020) *Ungdata 2020: nasjonale resultater* (NOVA-rapport 16/2020) <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/6415>

Bakken, T. L. (2020). *Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (1. utgave.). Fagbokforlaget.

Barne- og familiedepartementet (1991). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/br/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 17

- Borg, Elin, Christensen, Fossetøl, Pålshaugen, Christensen, Hanne, Fossetøl, Knut, & Pålshaugen, Øyvind. (2016). *Hva lærerne ikke kan!: et kunnskapsgrunnlag for satsning på bruk av flerfaglig kompetanse i skolen* (Vol. 6/2015). Arbeidsforskningsinstituttet.
- Bru, E., Idsøe, E. C., & Øverland, K. (2016). *Psykisk helse i skolen*. Universitetsforlaget.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2018). Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom. Oslo: Universitetsforlaget.
- Crosby, Shantel D, Day, Angelique, Baroni, Beverly A, & Somers, Cheryl. (2019). Examining Trauma-Informed Teaching and the Trauma Symptomatology of Court-Involved Girls. *The Urban Review*, 51(4), 582–598.
<https://doi.org/10.1007/s11256-019-00533-2>
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* (6 utg.) Gyldendal akademisk.
- Dorado, Joyce S, Martinez, Miriam, McArthur, Laura E, & Leibovitz, Talia. (2016). Healthy Environments and Response to Trauma in Schools (HEARTS): A Whole-School, Multi-level, Prevention and Intervention Program for Creating Trauma-Informed, Safe and Supportive Schools. *School Mental Health*, 8(1), s.163–176. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9177-0>
- Fellesorganisasjonen (2019) Sosialfaglig kompetanse i skolen. [Brosjyre]
https://www.fo.no/getfile.php/13195741569406570/Bilder/FO%20mener/Brosjy rer/Sosialfaglig%20kompetanse%20i%20skolentil_net.pdf

Finkelhor, David, Ormrod, Richard K, & Turner, Heather A. (2006). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7–26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>

Folkehelseinstituttet. (2013, 19. juni) *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak.*
<https://www.fhi.no/publ/2013/atferdsforstyrrelser-blant-barn-og-/>

Folkehelseinstituttet. (2019, 12. juni). *Ord og uttrykk om forskningsmetoder.*
<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/ord-og-uttrykk-om-forskningsmetoder/>

Folkehelseinstituttet. (2021, 6.januar) *Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt.* <https://www.fhi.no/publ/2021/konsekvenser-av-covid-19-pa-barn-og-unges-liv-og-helse/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-411). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

Hafstad, G.S., Augusti, E.M. (2020) *Barn, ungdom og koronakrisen* (NKVTS rapport nr. 2/2020) https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/12/Rapport_2-20.pdf

Hagen, M. B. (2021). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (2. utgave.). Universitetsforlaget

Helsebiblioteket (2012, 20. juni) *Hva betyr publiseringsnivåer?* Helsebiblioteket.no
<https://www.helsebiblioteket.no/144363/hva-betyr-publiseringsniv%C3%A5er>

Helsebiblioteket (7. mars 2019) McMaster PLUS – Om Pyramidesøket. ?
Helsebiblioteket.no <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mcmaster-plus-sok-i-kunnskapspyramiden-hold-deg-oppdateret#>

Helsedirektoratet (03. desember, 2019). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge.*
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge>

Ijadi-Maghsoodi, Roya, Marlotte, Lauren, Garcia, Ediza, Aralis, Hilary, Lester, Patricia, Escudero, Pia, & Kataoka, Sheryl. (2017). Adapting and Implementing a School-Based Resilience-Building Curriculum Among Low-Income Racial and Ethnic Minority Students. *Contemporary School Psychology*, 21(3), 223–239. <https://doi.org/10.1007/s40688-017-0134-1>

Jørgensen, T.W, & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg. *Fosterhjemskontakt*, 1, 10-17. <https://rvtssor.no/filer/backup/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf>

Lillevik, O. G., Salamonsen, J. S., & Nordhaug, I. (2019). *Vold i nære relasjoner: diskurser og fenomenforståelse.* Gyldendal.

Opplæringslova. (1998) *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa* (LOV-1998-07-17-61) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>

Maynard, BR, Farina, A, Dell, NA, Kelly, MS. Effects of trauma-informed approaches in schools: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*. 2019; 15 utg. 1018. <https://doi.org/10.1002/cl2.1018>

Meld. St. 6 (2019–2020) *Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO*. [Meld. St. 6 \(2019–2020\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

Nordahl, T. (2018). *Inkluderende fellesskap for barn og unge*. Fagbokforlaget.

NOU 2015:2 (2015) *Å høre til — Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø*. Kunnskapsdepartementet.

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*, 5, 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

Perfect, Michelle M, Turley, Matt R, Carlson, John S, Yohanna, Justina, & Saint Gilles, Marla Pfenninger. (2016). School-Related Outcomes of Traumatic Event Exposure and Traumatic Stress Symptoms in Students: A Systematic Review of Research from 1990 to 2015. *School Mental Health*, 8 (1), 7–43. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9175-2>

Rygvdal, A.-L., & Ogden, T. (2017). *Innføring i spesialpedagogikk* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

Røkenes, O.D. & Hanssen, P.H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3.utg.) Fagbokforlaget.

Soler, Laia, Paretilla, Clàudia, Kirchner, Teresa, & Forns, Maria. (2012). Effects of poly-victimization on self-esteem and post-traumatic stress symptoms in Spanish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(11), 645–653. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0301-x>

Støren, I. (2010). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Svartdal, Frode (2020, 4. juni) *effektstørrelse*. Store norske leksikon. <https://snl.no/effektst%C3%B8rrelse>

Tabone, Jiyoung K, Rishel, Carrie W, Hartnett, Helen P, & Szafran, Kathy F. (2020). Examining the effectiveness of early intervention to create trauma-informed school environments. *Children and Youth Services Review*, 113, 104998. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104998>

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *The Psychiatric clinics of North America*, 25(2), 397–viii. [https:// DOI: 10.1016/s0193-953x\(01\)00003-x](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(01)00003-x)

Thommessen, C. S., & Neumann, C. B. (2019). *Gode hjelpere kjenner seg selv: traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge*. Cappelen Damm akademisk.

Turner, Heather A, Shattuck, Anne, Finkelhor, David, & Hamby, Sherry. (2017). Effects of Poly-Victimization on Adolescent Social Support, Self-Concept, and Psychological Distress. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(5), 755–780. <https://doi.org/10.1177/0886260515586376>

van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

Viken, K. (2018). *Atferdsanalytisk miljøbehandling: struktur og kvalitet i tilrettelagte tjenester*. Gyldendal.

Vinther, T. (2016, 11. januar). *Fusk og plagiering*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/redelighet/fusk-og-plagiering/>

von der Embse, Nathaniel, Rutherford, Laura, Mankin, Ariel, & Jenkins, Andrew. (2019). Demonstration of a Trauma-Informed Assessment to Intervention Model in a Large Urban School District. *School Mental Health, 11*(2), 276–289. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9294-z>

Vedlegg

1. Søkelogg
2. Prisma flytskjema
3. CASP sjekklister
4. Samleskjema for artikler

VEDLEGG 1

Søkeloggskjema

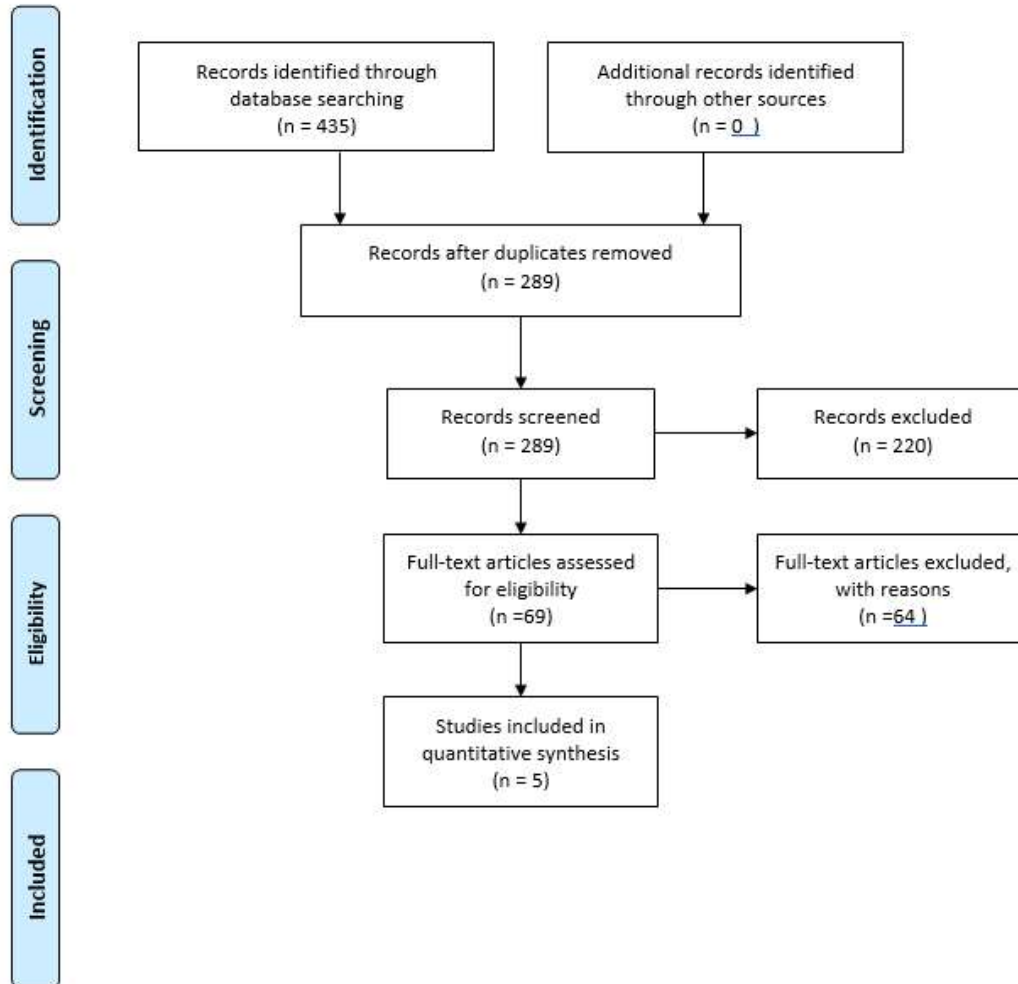
Dato for søk: 05.02.2021

Database / søkemotor / nettsted	Søkeord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søk / treffliste (fyll ut etter behov)
PsycInfo	Trauma.sensitive		((«trauma-sensitive» OR «trauma-focused» OR «trauma-informed») AND («prevention» OR «intervention») AND «school»).mp
	OR Trauma-informed		
	OR Trauma-focused		[mp= title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, test & measures, mesh]
	AND Prevention		
	OR Intervention		
	AND school	195	Totalt ga søket 211 treff, avgrenset til engelsk-språklige artikler ga 195
Web of Science	Trauma.sensitive		((«trauma-sensitive» OR «trauma-focused» OR «trauma-informed») AND («prevention» OR «intervention») AND «school»)
	OR Trauma-informed		
	OR Trauma-focused		[mp= title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, test & measures, mesh]
	AND Prevention		
	OR Intervention		
	AND school	117	Totalt ga søket 119 treff, avgrenset til engelskspråklige artikler ga 117
ERIC	Trauma.sensitive		((«trauma-sensitive» OR «trauma-focused» OR «trauma-informed») AND («prevention» OR «intervention») AND «school»)
	OR Trauma-informed		
	OR Trauma-focused		Search modus – Boolean/Phrase, Expanders – Apply equivalent subjects, Narrow by language - english
	AND Prevention		
	OR Intervention		
	AND school	80	Totalt ga søket 80 treff
Medline	Trauma.sensitive		((«trauma-sensitive» OR «trauma-focused» OR «trauma-informed») AND («prevention» OR «intervention») AND «school»)
	OR Trauma-informed		
	OR Trauma-focused		[mp= title, abstract, original title, name of substance, word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, unique identifier, synonyms]
	AND Prevention		
	OR Intervention		
	AND school	44	Totalt ga søket 45 treff, avgrenset til engelskspråklige artikler ga 44

VEDLEGG 2



PRISMA 2009 Flow Diagram



Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Clin Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.



CASP Checklist: 12 questions to help you make sense of a **Cohort Study**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a cohort study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 12 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Cohort Study) Checklist. [online] Available at: URL Accessed; Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net



Paper for appraisal and reference: Crosby et al. (2019)

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: A question can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments: Studien inkluderte to forsknings spørsmål, hvorav det første er aktuelt for oppgaven: Viser barn i barnevernstiltak signifikant endring i symptomtrykk i observasjonsperioden?

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments: Eleven involvert ga et informert samtykke til innhenting av data gjennom en før og etter spørreundersøkelse. Undersøkelsen av godkjent ved Institutional review board at Wayne State University.

Is it worth continuing?



3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
- were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments: Elevenne besvarte et 25 punkts skjema Child Report Of Post-traumatic Symptoms (CROPS)

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments: Data analysen ble gjennomført ved hjelp av datahåndterings- og analyseverktøyet SPSS 22 og en parett prøve-t-test brukt til å undersøke forskjeller mellom studentenes CROPS-score før og etter intervensjonen.



5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:

• list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments: Forfatterne påpeker at tiltak i jentenes nåværende bolig og at de er fjernet fra skadelige hjemmemiljø kan utgjøre slike faktorer. Behandlingsintegritet hos utøverne av tiltaket ble ikke inkludert i resultatet.

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input checked="" type="checkbox"/>

HINT:

• look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments:

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
- the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
- in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>



Comments:

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments:

Signifikant endring til det bedre i symptomuttrykk hos elevene etter intervensjon.

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments:

Transparente tall og tabeller



9. Do you believe the results?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- big effect is hard to ignore
 - can it be due to bias, chance or confounding
 - are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
 - Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- a cohort study was the appropriate method to answer this question
 - the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
 - your local setting is likely to differ much from that of the study
 - you can quantify the local benefits and harms

Comments: Svakhnet er ingen kontrollgruppe eller randomisert undersøkelse

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:



12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments: Behov for randomisert dobbelblindet kontrollgruppe

2016



CASP Checklist: 12 questions to help you make sense of a **Cohort Study**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a cohort study;

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 12 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Cohort Study) Checklist. [online] Available at: URL Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net



Paper for appraisal and reference: **Dorado et al. 2016**

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: A question can be "focused" in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments:

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments:

Is it worth continuing?



3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
- were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments:

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments:



5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments:

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments:

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
• the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
• the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
• in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>



Comments:

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments: Signifikant effekt

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments:



9. Do you believe the results?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- big effect is hard to ignore
- can it be due to bias, chance or confounding
- are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
- Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- a cohort study was the appropriate method to answer this question
- the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the study
- you can quantify the local benefits and harms

Comments:

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:



12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments:

2017



Paper for appraisal and reference: Ijadi-Maghsoodi et al. 2017

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: A question can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments:

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments:

Is it worth continuing?



3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
- were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments:

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments:



5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:

- list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments:

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:

- look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments:

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
- the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
- in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>



Comments:

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments:

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments:



9. Do you believe the results?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- big effect is hard to ignore
 - can it be due to bias, chance or confounding
 - are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
 - Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- a cohort study was the appropriate method to answer this question
 - the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
 - your local setting is likely to differ much from that of the study
 - you can quantify the local benefits and harms

Comments:

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

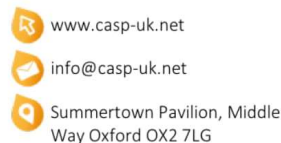


12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments: uten randomisert kontrollgruppe



CASP Checklist: 12 questions to help you make sense of a **Cohort Study**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a cohort study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 12 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Cohort Study) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net



Paper for appraisal and reference:..... von der Embse 2019

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: A question can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments:

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments:

Is it worth continuing?



3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Look for measurement or classification bias:
- did they use subjective or objective measurements
 - do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments:

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Look for measurement or classification bias:
- did they use subjective or objective measurements
 - do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments:



5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
 • list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments:

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
 • look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments:

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
 • the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
 • the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
 • in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>



Comments:

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments: **signifikant effekt**

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments:



9. Do you believe the results?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- big effect is hard to ignore
 - can it be due to bias, chance or confounding
 - are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
 - Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- a cohort study was the appropriate method to answer this question
 - the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
 - your local setting is likely to differ much from that of the study
 - you can quantify the local benefits and harms

Comments:

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:



12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments:



CASP Checklist: 12 questions to help you make sense of a **Cohort Study**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a cohort study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 12 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Cohort Study) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net



Paper for appraisal and reference: Tabone et al. 2020

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: A question can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments:

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments:

Is it worth continuing?



3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Look for measurement or classification bias:
- did they use subjective or objective measurements
 - do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments:

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Look for measurement or classification bias:
- did they use subjective or objective measurements
 - do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments:



5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
 • list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments:

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
 • look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments:

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
 • the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
 • the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
 • in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>



Comments:

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments: intervensjon viser signifikant effekt

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments:



9. Do you believe the results?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- big effect is hard to ignore
 - can it be due to bias, chance or confounding
 - are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
 - Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- a cohort study was the appropriate method to answer this question
 - the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
 - your local setting is likely to differ much from that of the study
 - you can quantify the local benefits and harms

Comments:

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:



12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments:

VEDLEGG 4

Oslo universitetssykehus og Folkehelseinstituttet ved www.fagprosedyrer.no

Samleskjema -for forskningsartikler, ved kritisk vurdering i kunnskapsbaserte arbeider

Nr	Forfatter, land, utgiver-år/stall (evt. dato for literatursøk)	Hensikt	Metode/studiedesign, antall studier, antall respondenter (n=?)	Kvalitet basert på sjekklister	Forskingsfunn	Konklusjon kritisk vurdering
1	Dorado et al. USA, 2016	Evaluering av HEARTS-program, en fler-nivå traumesensitiv tilnærming i skole.	Tidsseriedesign. Spørreundersøkelse og observasjonsdata fra fire skoler. n= 1243 universelt nivå n=46 for indikert nivå	ja	Signifikant økning i elevers skoleengasjement, signifikant nedgang i hendelser med fysisk utagering (Cohens d = medium), signifikant nedgang i traume-symptom hos elever med indikerte tiltak (Cohens d = medium) Kun evalueringspunkt 2,3 og 4 var relevant for oppgaven.	Studiens svakhet er mangel på randomisert kontroll gruppe. Økonomisk støtte fra en rekke organisasjoner
2	Iljadi-Maghsoudi et al. USA, 2017	Evaluere effekt og gjennomføring av resiliensbyggende læreplan	Tidsseriedesign. Mixed-metode, kvantitative og kvalitative data n=100	ja	Moderat økning i evne til problemløsning, mindre økning i empati, selvfølelse og mestringfølelse, effektstørrelse ved Cohens d.	Studiens svakhet er mangel på randomisert kontrollgruppe. 3 forfattere oppgir interessekonflikter
3	Crosby et al. USA, 2017	Evaluere traumesensitiv tilnærming i skole for barn i barneverntiltak	Tidsseriedesign. Screening og selvrappoteringskjema. n=109	ja	Signifikant nedgang i traumesymptom, betegnet som medium effekt ved Cohens d.	Studiens svakhet er mangel på randomisert kontrollgruppe.
4	von der Embse et al. USA, 2019	Forsterke PAS/Traumesensitiv tilnærming på universelt nivå, undersøke elevrisiko tendenser,undersøke effekt av lærer-coaching som forberedning til intervensjon og utvikle beslutningsprosess for nivå I til nivå II	Tidsseriedesign. n=570 universelt nivå n= 17 selektert nivå	ja	Signifikant reduisering i merknninger etter ett år. Signifikant økning av traumesensitiv kunnskap og praksis blant lærere, med høy grad/kontroll av behandlingstegret	Studiens svakhet er manglende parametre, måler kun disiplinære tiltak som evidens av effekt hos elever. kontrollgruppe
5	Tabone et al. USA, 2020	Undersøke effekten av Trauma Informed Elementary Schools (TIES)	Tidsseriedesign, kontrollgruppe. Alle data: n=74 Fokus gruppe med både TIES klasse og kontrollgruppe: n=42	ja	All data: Stor effekt ved følelsesmessig støtte, moderat ved klasseromledelse og instruksjonsstøtte beregnet etter Cohens d. ingen signifikante endringer i kontrollklassene Fokus data: Stor effekt ved følelsesmessig støtte og klasseromledelse, moderat effekt ved instruksjonsstøtte ved Cohens d. kontrollklassene hadde ingen signifikant endring	Studiens styrke er kontrollgruppe, mulig svakhet er: ikke randomisert kontrolldesign, kun en observatør pr. klasse, fratall av studietilakere

Utarbeidet 2003 av Karin Borgen, Inger Bredal Schou og Kristi Tøien. Revidert 2020 av Kjersti Stokke, Bente Seljelid, Kjersti Tveten, Anæe Hvass, Antonija Petosic, Ingunn Mikes Brendryen og Karin Borgen



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve

BSV5-300

Predefinert informasjon

Startdato:	10-05-2021 14:42	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	19-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve		
Flowkode:	203 BSV5-300 1 BO 2021 VÅR		
Intern sensor:	Vigdís Reisæter		

Deltaker

Kandidatnr.:	290
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7986
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Ja, Traumesensitiv tilnærming i skole

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

Nei