



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSO321-H-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	14-08-2023 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	28-08-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSO321 1 H 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	202
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	8637
----------------------	------

**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 \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	1
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Vendt heim

Return home

**Kandidat 202**

Sosialt arbeid

Fakultet for helse- og sosialfag/institutt for helse og  
samfunn/sosialt arbeid

28.08.2023

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle  
kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

# Vendt heim

*«Alle reiser er ein omveg heim»*

-Herbjørn Sørebø

# Innholdsfortegnelse

<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>INNLEIING, PROBLEMSTILLING, OMGREPSAVKLARING OG FORANKRING</b> .....	<b>3</b>
<b>METODISK TILNÆRMING</b> .....	<b>6</b>
<b>KJELDEKRITIKK</b> .....	<b>8</b>
<b>TEORETISK GRUNNLAG</b> .....	<b>9</b>
TRAUMEPSYKOLOGI OG UTVIKLINGSPSYKOLOGI .....	9
FRÅ TEORI TIL DIAGNOSE .....	10
HJERNEN OG NEUROBIOLOGI.....	11
<b>FUNN FRÅ FIRE VITSKAPLEGE ARTIKLAR</b> .....	<b>11</b>
ARTIKKEL 1: BARTO ET AL. (2018).....	12
ARTIKKEL 2: MURPHY ET AL. (2017).....	13
ARTIKKEL 3: WATT (2017) .....	14
ARTIKKEL 4: CONNELL ET AL. (2019) .....	15
<b>DRØFTING AV PROBLEMSTILLING</b> .....	<b>16</b>
BEHOV FOR MEIR FORSKING .....	17
PÅVERKNAD TBO HAR PÅ BARN.....	18
<i>Utvikling hos barn</i> .....	18
<i>TBO vs. straff og lønn</i> .....	22
DRØFTING AV PÅVERKNADEN EI TRAUMEBEVISST TILNÆRMING HAR PÅ TENESTENE .....	23
<i>Kapasiteten til systemet</i> .....	23
<i>Diagnose og kartlegging</i> .....	24
<i>Behandling av eksterne partar og tverrfagleg samarbeid</i> .....	26
<b>OPPSUMMERING</b> .....	<b>28</b>
<b>KJELDER</b> .....	<b>29</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>32</b>
VEDLEGG 1: OVERSIKT OVER ARTIKLAR.....	32
VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER FUNN .....	33

## Abstract

The bachelorthesis aims to look at trauma-informed care and its effect on children with Developmental Trauma Disorder (DTD). In order to do so the thesis reviews a twofold perspective of trauma-informed care. Firstly it looks at what effect trauma-informed care has on children and secondly what effect a trauma-informed approach has on the services that is provided for these children. The thesis does not aim to argue whether trauma-informed care is unilateral good or bad but aims to argue that even though trauma-informed care is a welcome paradigmshift, the reality may be more nuanced and there is a further need to develop our approach to children with DTD.

## Innleiing, problemstilling, omgrepsavklaring og forankring

Alle reiser er ein omveg heim, skiver Herbjørn Sørebo. Mange barn kjem frå heimar med blant anna vald, seksuelt misbruk og rus. Når traumatiserende hendingar skjer eit barn, har barnet behov for ein trygg vaksen som kan hjelpe dei å regulere kjenslene sine. Når den trygge vaksne også er den som utøver valden eller rusar seg og ikkje er i stand til å møte barna og regulere barnet sine kjensler, utsettast eit barn for det den nyare forskinga kallar *utviklingstraumer* (Nordanger og Braarud, 2017). Barna aktivera eit alarmberedskap som fortel dei at verda er farleg og vaksne er ikkje trygge omsorgspersonar, men ein trussel. Desse barna blir ei veldig belasta gruppe og seinare i livet blir dei overrepresentert i blant anna kriminalomsorg, rusomsorg, somatiske sjukehus, psykiatri, som lønsmottakarar, osv. (Nordanger og Braarud, 2017, s. 90-91). Når barna blir tatt frå heimen og blir dei plassert hos ukjente vaksne, er det dei ukjente vaksne sin jobb å skape ein trygg heim som kan bidra til positiv utvikling og regulering av kjensler. Ei ny utvikling i tenestene er at desse barna skal møtast med Traumebevisst omsorg (heretter TBO). Oppgåva ser på kva påverknad eit TBO og kva påverknad ei traumebevisst tilnærming har på tenestene som blir tilbode desse barna. (Watt, 2017; Barto et al. 2018; Murphy et al. 2017; Bartlett et al. 2018).

Problemstillinga eg kom fram til blei derfor:

**«Kva påverknad har traumebevisst omsorg på barn med utviklingstraume og kva påverknad har ei traumebevisst tilnærming på teneste?»**

Klargjering av sentrale omgrep for problemstillinga:

**Traumebevisst omsorg og traumebevisst tilnærming:** Med traumebevisst omsorg meiner oppgåva den direkte omsorga som blir gjeven frå miljøterapeut eller andre omsorgspersonar til barna. Her skil TBO seg særskilt frå tidlegare metodar med straff og lønn, der TBO siktar omsorg framfor t.d. straff for dårleg åtferd. Ei traumebevisst tilnærming av tenester dreier seg om at tenestene bygger på prinsipp frå teori om TBO, der kunnskapen dannar grunnlaget for organiseringa av tenestene. For å klargjere vil oppgåva referere til traumebevisst omsorg som «TBO» og traumebevisst tilnærming av tenestene som «traumebevisst tilnærming». Likevel vil oppgåva med anledningar det dette gjev meir meinig, heller bruke TBO som samleomgrep.

**Utviklingstraume:** I litteraturen så blir omgrep som Developmental Trauma Disorder (DTD), komplekse traume og utviklingstraume brukt om kvarandre. Når DTD blir brukt om ein framtidig diagnose, blir komplekse traume og utviklingstraume brukt som ei beskriving av stressbelastninga hos menneske som har opplevd gjentakande omsorgssvikt og traume i nære relasjonar, i tidleg fase i livet. I denne oppgåva blir omgrepet utviklingstraume brukt som eit samleomgrep og omgrepet DTD blir brukt når oppgåva direkte referera til diagnosen. Dette er gjort med utgangspunkt i Nordanger og Braarud (2017) si formidling av utviklingstraume.

**Miljøterapeutens rolle i oppgåva:** Oppgåva tek føre seg TBO og traumebevisst tilnærming på generelt grunnlag, men sida oppgåva er eit sosialfagleg bidrag, vil oppgåva ofte referere til miljøterapeuten. Mykje av relasjonen mellom miljøterapeut og barn ser oppgåva føre seg skjer på institusjon. Dette betyr ikkje at TBO ikkje vedgår andre samarbeidspartnarar, som eksterne behandlarar, saksbehandlarar, fosterforeldre, foreldre og det betyr heller ikkje at TBO berre går føre seg på institusjon, men også i heimar og i organiseringa av andre tilbod.

Oppgåva går inn med ei forforståing om at alle menneske treng ein trygg heim i høve til å kunne få ei sunn utvikling. Bakgrunnen for namnet på oppgåva «Vendt heim» dreier seg om at når barn kjem frå utrygge heimar, har dei behov for bistand for å kunne skape ei trygg hamn. Enten til å gjere heimen dei kjem frå tryggare, få ein ny heim som er trygg, eller gje barna verkemiddel for å kunne utvikle seg og seinare i livet skape ein trygg heim for seg sjølv. Dette både i miljøet rundt seg, men også inne i seg sjølv. Sidan hjernen utvikla seg heile tida er det aldri for seint med sunn utvikling, noko som gjev håp for endringar seinare i livet. Sjølv om det er ein omveg, argumentera oppgåva for at målet må vere at desse barna skal få vende «heim» med verktyø dei har fått til å meistre utfordringane sine. Oppgåva argumentera også for at, sjølv om det også er utfordringar med TBO, vil det uansett vere hensiktsmessig og godt for barna og få den omsorga TBO gjev, spesielt med håp om at ei sunnare utvikling og ei betre framtid.

Vidare har oppgåva forankring i sosialt arbeid som disiplin, fag og profesjon. Dette samsvarar med Berg, Ellingsen, Levin og Kleppe (2015, s. 19) sin definisjon av sosialt arbeid, der forfattarane viser til sosialt arbeid som ein akademisk disiplin, eit fag og ein profesjon. Oppgåva er akademisk forankra i vitskapelege artklar og bøker om utviklingstraume og TBO, den er fagleg forankra i psykisk helse, barnevern og helsevesenet generelt og den er forankra i profesjonen fordi kunnskap om TBO vil gje sosialarbeidaren ein grunnlag for å kunne utøve hjelp til menneske med traume. I definisjonen av sosialt arbeid peiker også forfattarane (2015, s. 19) på at sosialt arbeid har som mål å hjelpe menneske i vanskelege livssituasjonar. Her ynskjer oppgåva å bidra med eit perspektiv på korleis ein kan hjelpe barn med utviklingstraume, både direkte i relasjon mellom barn og miljøterapeut og i tenestene som blir tilbode.



## Metodisk tilnærming

Ifølge Dalland (2017, s. 195) skal val av metode vere den metoden som gjev best mogleg data til å belyse problemstillinga. I denne oppgåva er metoden som er vald for å belyse problemstillinga, litteraturstudie. Ein av grunnane for val av litteraturstudie var tidssparing då tidsrommet for oppgåva var kort. Vidare hentar eit litteraturstudie data frå eksisterande fagkunnskap, forskning og teori og drøfta litteraturen i forhold til problemstillinga (Dalland, 2017, s. 207-214). Grunnlaget for val av studieform og tema er ei ibuande interesse for temaet traume og eit ynskje om å lære meir ved hjelp av eksisterande forskning, undersøking av kva forskinga vektlegg i forhold til problemstilling og kva nyare forskning rundt temaet viser. Avgjerande for val av metode var at forskning på traume har endra seg mykje dei seinaste åra der traumepsykologi og utviklingspsykologi har blitt integrert og gjev ei ny forståing av traume (Nordanger og Braarud, 2017, s. 19-24) og av den grunn nye framgangsmåtar i korleis ein hjelper menneske med traume.

Sidan TBO er ein framgangsmåte som har kome i seinare tid, ville eg «forske» på kva litteraturen viste. Eg fekk eit inntrykk at av TBO i faglitteraturen blei framstilt som eit romantiserande tenestetilbod med ei forståingsramme som var saliggjerande for alle. Sjølv om eg har ei forforståing om at TBO har vore eit kjærkome paradigmeskifte og at ei vidareutvikling av TBO også er kjærkome, ønska eg å undersøke om det i verkelegheita kunne vere meir nyanserande. Eg måtte derfor ta meg gjennom gjeldande teori og forskning for å kome fram til kjernen i TBO.

Eg begynte med å ta meg gjennom teori ettersom at i eit litteraturstudie kan teori gjere det lettare å orientere seg i eksisterande kunnskap (Dalland, 2017, s. 211). Eg søkte «utviklingstraumer» i Oria og fann boka «*Utviklingstraumer : Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*» (Nordanger og Braarud, 2017). Sidan boka har som mål å bidra til fagleg utvikling innanfor dei ulike disiplinane som arbeidar for at barn og unge skal få ein god oppvekst (Nordanger og Braarud, 2017, s. 13) og forfattarane belyser eksisterande forskning, blei denne boka grunnlaget for oppgåva. Sidan boka ikkje går gjennom eit forskingsprosjekt, vil ikkje denne boka vere brukt til funn som er gjort i forskingsartiklar, men vil bli brukt i teoridelen og som referanse i drøftingsdelen.

Etter tips frå rettleiar fann eg «Cactus: Nasjonalt kompetansenettverk om utviklingstraumer». Her var dessverre ikkje forskingsartiklar som var relevant for problemstillinga, men faglitteratur som var relevant for traumebevisst omsorg (Bath, 2010; Bath 2015; Nordanger et al. 2011; Ludy-Dobson og Perry, 2010). På same måte som boka til Nordanger og Braarud (2017), vil denne faglitteraturen blir brukt for å belyse teoridelen og drøftingsdelen.

Vidare gjennomførte eg eit systematisk søk på Oria med søkeordet «traumebevisst omsorg» og avgrensing til fagfellevurderte artiklar. Desverre fann eg ikkje forskingsartiklar som var relevant for problemstillinga gjennom dette søket. Likevel fann eg ein fagartikkel som heite «Traumebevisst omsorg – ett skritt frem og to til siden» av Per Lorentzen (2020) frå tidsskriftet *Norges Barnevern*. Sidan dette ikkje er ein forskingsartikkel, men ein fagartikkel, vil ikkje artikkelen bli gjort litteraturstudie av og heller bli brukt som referanse i drøftingsdelen. Denne artikkelen var også eit viktig bidrag til å kunne reflektere over korleis TBO også har utfordringar som må adresserast.

Sjølv om det var få artiklar under dette søkeordet, kom det opp ei masteroppgåve med tittelen «Hva vet vi om traumebevisst omsorg som tiltak - en litteraturstudie» (Persson og Arntsen, 2020). Då tittelen var relevant for mi problemstilling, såg eg på kva litteratur som var brukt. Der var eit vedlegg med oversikt over forskingsartiklane som blant anna tok føre seg hovudfunn for dei ulike artiklane. For å unngå cherrypicking, valde eg å ikkje sjå på kva funna sa, men såg heller på om tittel og hovudmål med studien samsvara med mi problemstilling og ut frå dette valde eg tre artiklar (Murphy et al., 2017; Watt, 2017; Barto et al., 2018). Når eg søkte opp tittelen til Barto et al. (2017) i Oria kom det opp to artiklar med liknande tittel. Eg las gjennom samandraga på begge artiklane og fann ut at studien til Connell et al., (2019) belyste mi problemstilling (sjå vedlegg 1 for oversikt over dei valde artiklane).

For å få best mogleg oversikt over kva forskinga på traumebevisst omsorg utførte eg også eit søk med søkeordet «trauma-informed care», men desse artiklane kunne dessverre ikkje belyse mi problemstilling.

## Kjeldekritikk

Ifølge Aveyard (2019, s. 74) kan ein unngå å velgje vekk viktige kjelder som følge av å velgje dei som passar best til problemstillinga, altså «cherry picking», ved å ha ei systematisk framtoning. På denne måten vil ein sikre seg at ein identifiserer all relevant forskning på det område ein skal undersøke. For å unngå å berre velgje forskning som t.d. berre viser til einsidige positive effektar av TBO, valde eg å berre sjå kva det blei forska på og ikkje på resultatet av forskinga, dette i håp om at dette kunne gje ei meir nyansert og objektiv belysning av problemstillinga.

Vidare er det viktig å framheve to områder for kjeldekritikk. Det første dreier seg om djupn i forskingsresultatet. Når eg valde artikkelar ut i frå problemstillinga, fokuserte nokre artikkelar meir på påverknaden TBO hadde på barn, medan andre artikkelar fokuserte på effekten på systemet. Sjølv om dette gjev breidde i oppgåva, kan ein i etterpåklokskapens ånd sjå at dette valet ikkje gav oppgåva like mykje djupn som dersom alle artikkane hadde fokusert *både* på barn og tenester. Då hadde oppgåva kunna samanlikne alle artikkane mot kvarandre ut i frå kvart tema.

Det andre området for kjeldekritikk dreier seg om kvar forskinga i artikkane blei utført. Alle studiane blei utført i USA og av den grunn var resultatane basert på amerikanske barn og amerikanske tenester. Det kan derfor vere kulturforskjellar og ulikheiter i barn og tenester som gjer at forståinga blir annleis. Oppgåva forsøker å dra generelle konklusjonar og understrekar at det kan vere ulikheiter i Noreg samanlikna med USA.

## Teoretisk grunnlag

TBO blir sett på både som eit fagomgrep der ein ser på traume med ei heilt ny forståingsramme, og som ei behandlingstilnærming ovan for mennesker med traume, og då i særskilt utviklingstraume (Helgesen, 2017, s. 225). Teoriane TBO springer ut i frå er teoriar om utviklingstraume og her står teoriane om traumepsykologi og utviklingspsykologi sentralt (Nordanger og Braarud, 2017).

### Traumepsykologi og utviklingspsykologi

Traumebevisst omsorg tek utgangspunkt i teoriar om utviklingstraume. Teoriane som kan belyse problemstillinga om utviklingstraume best, er utviklingspsykologi og traumepsykologi. Nordanger og Braarud (2017, s. 73) beskriv utviklingstraume som resultatet av traumepsykologi og utviklingspsykologi. *Traumepsykologi* dreier seg om kva påverking traume har på eit menneske. Ludy-Dobson og Perry (2010) referera til 10 utgivingar der forskinga beskriv den negative påverkinga traume i barndomen har på fysisk, åtferds messig, kognitiv, sosial og emosjonell fungering, noko som Bath (2015) også referera til. Forfattarane viser til nevropsykologiske utfordringar, utfordringar i skulen og rettssystemet og med rus, antisosial åtferd, uønskt seksuell åtferd og tenåringsgraviditet (Ludy-Dobson og Perry, 2010, s. 28). Diagnosen Posttraumatisk stresslidning (PTSD) kom i 1980, men den viste til traumatiske enkelthendingar, det ein kallar «type 1 trauma», som katastrofar, dødsulykker og krig. Diagnosen har vist seg mindre egna som mål for konsekvensane av meir komplekse stressbelastningar og dei siste åra har «type 2 trauma» fått meir merksemd. Denne type traume dreier seg om gjentatte, vedvarande og traumatiserande belastningar som førekjem i mellommenneskelege relasjonar, gjerne i tidleg alder (Nordanger et al., 2011; Bath 2010; Bath; 2015).

*Utviklingspsykologi* dreier seg om at eit barn får erfaringar av at eins kropp, indre tilstandar og affekter blir regulert av ein omsorgsperson (Nordanger og Braarud, 2017, s. 23). Sentralt i utviklingspsykologien står omgrepet tilknytning, der det viktigaste tilknytingsforholdet er mellom mor og barn. Tilknytning er eit vedvarande forhold mellom barn og omsorgspers der omsorgsperson er roande og komfortabel og tilfører barnet glede og sikkerheit (Ludy-Dobson og Perry, 2010). Når barnet føler ubehag eller har behov for nærheit, aktiverast barnet sitt tilknytningssystem ved at barnet t.d. gret. Når omsorgsperson høyrer signala frå barnet, aktiverast omsorgspersonen til omsorgssystem (Nordanger og Braarud, 2017, s. 41) og barnet roar seg ved omsorgsgjevast stemme, fysiske kontakt eller vogging (Bath, 2010).

Kunnskap om korleis belastningar i tidlege barneår har negative effektar, samt auka kunnskap om korleis traume og sviktande omsorg opptre saman, har ført til at traumepsykologi og utviklingspsykologi har blitt meir trekt mot kvarandre, noko som gjev grunnlag for ein ny traumepsykologi om utviklingstraume (Nordanger og Braarud, s. 23).

### **Frå teori til diagnose**

Over lenger tid har det vore arbeida for å få ein eigen diagnose for barn med komplekse traume, Developmental Trauma Disorder (DTD) (Nordanger og Braarud, 2017; Nordanger et al. 2011). Om DTD har blitt ein diagnose per dags dato er usikkert, men i ein artikkel frå 2021, kom det fram at DTD ikkje var ei diagnose på det tidspunktet (Spinazzola et al. 2021). Oppgåva tar derfor utgangspunkt i at DTD framleis ikkje er ein diagnose og at DTD, eller utviklingstraume, framleis berre ein teori.

## Hjernen og neurobiologi

Anna forskning som TBO tek utgangspunkt i dreier seg om hjernen og neurobiologi. Nyare neurobiologisk forskning viser til korleis omsorgserfaringar påverkar hjernen si utvikling. Forskinga har vist at hjernen er bruksavhengig og utviklar seg hovudsakleg gjennom sosial, emosjonell, motorisk og fysiologisk stimulering (Nordanger og Braarud, 2017) og som endrar seg i respons til mønster av repeterande aktivitet (Nordanger og Braarud, 2017; Ludy-Dobson og Perry, 2010). Mesteparten av hjernen si utvikling skjer i dei første leveåra. Hjernen til ein spedbarn får det den treng for å utvikle kapasitet for sunn tilknytning og sjølvreguleringsferdigheiter gjennom den gjentakande nevrane stimuleringa ein får ved konsistente, omsorgsfulle, føreseielege og responsive omsorgspersonar (Ludy-Dobson og Perry, 2010).

Tidlege livserfaringar er derfor avgjerande for organiseringa og funksjonen til den modne hjernen, noko som fører til at traume i barndomen har store negative innverknad på korleis hjernen utviklar seg. Når traumatiserande hendingar oppstår endra organiseringa og funksjonen seg ved at avgjerande nevrane nettverk endrar seg, inkludert nettverka for stress og opphissing. Sidan mesteparten av hjernen si utvikling skjer dei første leveåra, vil traumatiserande hendingar i desse åra vil å stor påverking på hjernens utvikling og fungering seinare i livet. Barn som er utsett for kroniske truslar vil utvikle ein overaktiv og overreaktiv stressrespons i nervesystemet sitt og kan derfor leve i konstant frykt og alarmberedskap (Ludy-Dobson og Perry, 2010). Ein slik stressrespons kan føre til hyperreaksjon eller hyporeaksjon, der førstnemnde fører til ein alarmreaksjon med full mobilisering av den sympatiske forgreininga av det autonome nervesystemet og sistnemnde fører til at ein dissosiera seg sjølv og aktivitetsnivået fell til eit minimum (Nordanger og Braarud, 2017).

## Funn frå fire vitenskaplege artiklar

For å kunne hjelpe barn med usunn utvikling av tilknytning, nervebaner og stressresponsar som følge av utviklingstraume har oppgåva sett på kva fire vitenskaplege artiklar seier om

problemstillinga «kva påverknad har Traumebevisst omsorg på barn med utviklingstraume og kva påverknad har ei traumebevisst tilnærming på teneste?». For å systematisere funna laga eg eit Excel skjema der eg skreiv inn kva forfattarane har kome fram til under ulike tema (sjå vedlegg 2). I dette kapittelet som handlar om funn vil oppgåva gå gjennom samandrag med funn, artikkel for artikkel. I neste kapittel om drøfting går oppgåva gjennom funna tema for tema (sjå vedlegg 2 over ei meir detaljert oversikt av funn).

### **Artikkel 1: Barto et al. (2018)**

I forskingsstudiet til Barto et al. (2018) referera dei til prosjektet (MCTP (The Massachusetts Child Trauma Project)) generelt når dei snakka om effekten av TBO og traumebevisst tilnærming. Forfattarane viser til at få studie har testa om TBO med bruk av praksisfeltets retningslinjer har ein positiv innverknad på barns utfall. Forfattarane meiner at grunnen til dette er delvis fordi måten ein definera og målar utfall ikkje er konsekvent og at ein manglar konsensus om kva komponentar ein behøver for å oppnå positive utfall for barn.

Av korleis TBO påverkar barn, viser forfattarane til funksjonalitet hos barn, mishandling og «out-of-home placement». Når det gjeld funksjonalitet hos barn, viser forfattarane til at MCTP er assosiert med betre funksjonalitet hos barna (reduisert utfordrande oppførsel og posttraumatisk stress). Når det gjeld mishandling, så meiner forfattarane at sannsynet for mishandling vart redusert i områder der ein brukte MCTP. Gruppa som tok imot MCTP hadde færre rapportar av mishandling (maltreatment) og færre rapportar av fysisk vald og forsømming (psysical abuse and neglect) enn kontrollgruppa.

Av korleis traumebevisst tilnærming påverkar tenestene, peiker forfattarane på at tverrfagleg samarbeid er avgjerande. Målet med studien til Barto et al. (2018) var å promotere justeringar på tvers av profesjonar for å sikre at familiar fekk passende mengde TBO i tillegg til avgang på traumefokusert behandling. Forfattarane meiner at det var fleire lag med MCTP var grunnen til eit positivt utfall og dei erkjenner at ei viktig milepæl var at kvart system forstod effekten av traume og utvikla gjensidige prinsipp for ei traumebevisst tilnærming. Dei understrekar også at tverrfagleg samarbeid er viktig for å suksessfullt oppnå organisatoriske endringar for å skape eit traumebevisst system. Her påpeikar dei at inkorporering av ulike fagfolks og

interessentars perspektiv var essensielt for å sikre prosessen og kvaliteten i prosjektet. Vidare viser forfattarane til at tidlegare funn foreslår at TILT (Trauma Informed Leadership Teams) har ein viktig innverknad på forbetring av TBO på tvers av system, inkludert forbetra forbindelse og kommunikasjon mellom behandling og barnevern, same språk mellom behandling og barnevern, auking i tilvising til evidensbaserte traumeterapiar og utvikling av TBO ressursar og trening til andre partnarar.

I studien til Barto et al. (2018) brukte dei ulike typar evidensbasert traumeterapi (sjå vedlegg 2) der også foreldre fekk trening, støtte og utdanning. Forfattarane meiner at foreldra si emosjonelle fungering og støtte frå familien kan bidra til å minske utviklinga av symptom på PTSD i tillegg til at det kan bidra til at barnet får løyst opp i symptom. Av den grunn meiner forfattarane at føresette si integrering i terapien er essensielt for den generelle velværa til barnet. Forfattarane tenker at dette kan vere grunna det omfattande og fleksible designet av metoden, der ein kan skreddarsy metoden til spesifikke behov hos barnet og familien.

## **Artikkel 2: Murphy et al. (2017)**

I studien til Murphy et al. (2017) viser dei til TST (Trauma System Therapy) som metode i prosjektet Bridging the Way Home Initiativ, men her vil TST bli brukt dersom forfattarane referera direkte til sitt prosjekt og TBO vil bli bruk dersom det handlar om TBO generelt.

Forfattarane av studien viser til at dei fleste traumebevisste intervensjonane har vore med klinisk tilsette, men at funna i forskingsstudien viser at implementering av traumebevisste metodar hos ikkje-klinisk tilsette og fosterforeldre viser lovnad. Her meiner forfattarane at TST sin påverknad på barns velvære og stabilitet i plassering framhevar lovnaden om integrering av TBO i systemet. Funna i denne studien viser også av auking av TST dose over tid, har positiv påverknad på barns utfall der auking i barnets eksponering til TBO var assosiert med signifikante forbetringar i funksjon og regulering i oppførsel, samstundes som det var forbetringar i emosjonell regulering med eit høgt nivå av TBO i første kvartal av prosjektet. Studien tek utgangspunkt i ulike fasar og dosar. Sjå vedlegg 2 for ei utdjupa beskriving av kva fasane og dosene inneberer.



I artikkelen til Barto et al. (2018) så viser forfattarane til korleis Bridging the Way Home Initiativ (Murphy et al. 2017) demonstrera positive utfall gjennom integrering av TBO for alle partar som tek vare på barna og i alle nivå av systemet i eit privat barnevern. Barto et al. (2018) viser til at studien til Murphy et al. (2017) peiker på at barnevernsbyrå ikkje burde undervurdere betydninga av kommunikasjon på tvers av alle nivå av tilsette og fosterforeldre, samt mellom system som kan bidra til endring i systemet. Forfattarane meiner også at funna foreslår at individ på tvers av team spelar ei ulik rolle i barna sitt liv og at det ikkje er ei spesiell rolle som er sentral i TBO. Forfattarane meiner det er samansetninga av ferdigheiter hos dei tilsette og emna til heile teamet som bidreg til eit betre utfall. Denne forventninga er sentral for grunngeving av å implementere TST på tvers av systemet og forfattarane meiner at funna gjev noko støtte for dette grunngevinga.

### **Artikkel 3: Watt (2017)**

Watt (2017) meiner forskarar og profesjonsutøvarar har etterlyst traumebevisste omsorgssystem. Forfattaren påpeikar at mange har merka seg traumeperspektivet representera eit paradigmeskifte innan psykisk helse der det sentrale spørsmålet flyttast frå «kva er gale med deg?» til «kva hende med deg?». Han meiner også at sjølv om interessantar, leverandørar av tenester og omsorgspersonar rapporterte at det var kritisk nødvendig å vere traumebevist, verka det ikkje som om traume var innarbeida i eksisterande protokollar for terapi på nokon formell eller innhaldsmessig måte. Forfattaren poengtera at litteraturen identifisera karakteristikken av eit traumebevisst omsorgssystem, men det manglar ei forståing av kva som skal til for å oppnå eit paradigmeskifte innan psykisk helse. Her er det litt usikkert om forfattaren meiner at psykisk helsevern ikkje har integrert perspektivet. Det er derfor viktig å påpeike at det kan vere annleis i Noreg der Noreg t.d. utgreiast barn for enkeltraume og utviklingstraume. Om traumeforståinga innan psykisk helsevern i Noreg har ei anna utvikling i USA kan godt vere tilfelle.

Forfattern viser også til at DSM systemet (diagnosesystemet) er basert på ein biomedisinsk modell for mental helse, som t.d. kjemiske ubalansar i hjernen. Behandlingsprotokollar fokusera då på behandling som påverkar tankeprosessar (cognitive behavioral therapy) og/eller hjernefunksjon (psykotropisk medisin), noko som er uheldig då forfattern meiner at forstyrringa er ein reaksjon på miljøet og ikkje i barnet.

Forfattern peiker også på at DSM systemet er ei hindring for implementering av traumebehandling av barn. Han meiner at dette er fordi at dersom eit barn skal få behandling må dei ha ein diagnose som tilseier at emosjonane og/eller oppførslane er unormale. Vidare meina han også at når traumeperspektivet og DMS-perspektivet kollidera så vil DMS-systemet ignorere eller nedprioritere traumeperspektivet for å oppretthalde dominansen. Forfattern peiker på at det er høgt sannsynleg at DSM vil bli rekonstruert eller erstatta (her viser han til DSM-V eller RDoC), men han meiner spørsmålet er om endringane vil bevege seg mot eller vekk frå traumeperspektivet. Han understrekar viktigheita av at traumespesialistar, dei som arbeidar med barna og dei som organisera barnevernet spelar ei rolle i denne utviklinga.

#### **Artikkel 4: Connell et al. (2019)**

Connell at al. (2019) viser til forskning frå prosjektet CONCEPT (Connetecut Collaborative on Effective Practices on Trauma). Forfattarane poengtera at det har vore ei auking i nyttinga av traumebevisste åtferdshelsetenester (behavioral health services) gjennom sitt prosjekt. Likevel meiner dei at til tross for den aukande interessa og finansieringa for traumebevisste barnevern, er lite kjent om den langsiktige effekten av systemet sin kapasitet for TBO. Om dette er grunna mangel på longitudinelle studiar, at det er meir krevjande i praksis, utfordringar i samarbeid med foreldre eller fosterforeldre, eller om barna er på institusjon i for kort periode til å måle effekten, er uklart.

Når det er sagt så har prosjektet vist forbetringar på tre domene; (1) rangeringar av tilsette sitt nærvær for barns psykologiske sikkerheitsbehov og (2) vurderingar av både generelt samarbeid og (3) traumespesifikt samarbeid med lokalsamfunnsbaserte byrå. Barnevernstilsette rapporterte om positive forbetringar på den totale kapasiteten til systemet etter bruk av komponentar i CONCEPT, men forfattarane poengterte også at desse variablane er avhengig av bevisstheit og involvering av dei tilsette.

Sjølv om studien også viser til kvantitative data som viser til systemforbetringar etter prosjektet, peiker forfattarane på at ei rekke kollegaer og tilsette har uttrykt at det har vore eit merkbart kulturskifte mot å omfamne TBO som ein grunnleggande verdi. Forfattarane vektlegg at det krev nøye arbeid og planlegging for å lykkast. Dei anbefala derfor ein tilnærming med fleire komponentar som imøtekjem konkrete og augeblikkelege behov hos tilsette (t.d. god kvalitet for opplæring av traume og auka tilgang til evidensbasert traumeterapi) og som gjev moglegheiter for permanente forbetringar i systemet (t.d. politiske endringar og bygging av intern kapasitet/kompetanse på traume). Når det er sagt så understrekar forfattarane at når det kjem nye lovar og reglar i systemet om å integrere TBO, så vil sannsynlegvis støtta for TBO og evidensbasert terapi følge etter.

Avslutningsvis peiker Connell et al. (2019) på at i deira studie så var avgrensa bevisstheit om kartleggingsverktøy for utviklingstraume i nye saker eit overraskande funn, spesielt når implementering av kartleggingsverktøy blir sett på som ein kritisk komponent i TBO i barnevernet. Traumekartlegging er eit viktig middel for å identifisere barn sine utviklingstraume og for å identifisere barn som har behov for tilvising til ytterlegare utredning eller tilgang til traumebevisste tenester. Vidare vil oppgåva drøfte korleis TBO påverkar både barn og tenester.

## Drøfting av problemstilling

Denne delen drøftar problemstillinga «Kva påverknad har traumebevisst omsorg på barn med utviklingstraume og kva påverknad har ei traumebevisst tilnærming på teneste?» opp mot nemnt teori og funn frå forskingsartiklar. Drøftinga er delt inn i to hovudkategoriar med utgangspunkt i problemstillinga, der den første delen ser på kva påverknad TBO har på barn med utviklingstraume og den andre ser på kva påverknad ei traumebevisst tilnærming har på tenestene. Før oppgåva går djupare inn kva effekt TBO og traumebevisst tilnærming har, vil oppgåva først utføre ei lite drøfting om behovet for meir forskning på område.

## Behov for meir forskning

Generelt viser funna at det er få studiar som har testa om TBO har ein stor innverknad på barn (Barto et al. 2018), majoriteten av barn mottek ikkje dei traumebevisste tenestene dei treng (Watt 2017) og til tross for aukande interesse og finansiering til traumebevisste omsorgstenester så er lite kjent om langtidseffekten av systemet sin kapasitet for TBO (Connell et al. 2019).

I dei studiane som oppgåva har teke føre seg, viser resultata til mange positive effektar med TBO. Blant anna kome det fram i studien til Murphy et al. (2017) at implementering av traumebevisste metodar hos ikkje-klinisk tilsette og fosterforeldre viser lovnad og i studien til Connell et al. (2019) viste TBO forbetringar på tre domene: (1) rangeringar av tilsette sitt nærvær for barns psykologiske sikkerheitsbehov og (2) vurderingar av både generelt samarbeid og (3) traumespesifikt samarbeid med lokalsamfunnsbaserte byrå.

Desse funna fortel at av den forskinga som er gjort, så viser TBO som framgangsmåte lovnad, men gjennom arbeid med bacheloroppgåva har det kome fram at det er mykje som tyder på at det er behov for meir forskning på effektane. Oppgåva ser eit behov på ytterlegare forskning på to frontar. Den første dreier seg om eit behov for longitudinelle studie for å kunne utdjupe biletet. All forskning svara berre på det dei har undersøkt og funna i artiklane viser ikkje til resultat over lenger tid. Dette fører til at det står att mykje forskning for å få eit godt nok svar på effekten av TBO. Ved longitudinelle studiar kan ein forske på kva som skjer med desse barna når dei blir vaksne. Ifølge Nordanger og Braarud (2017) er menneske med utviklingstraume overrepresentert i blant anna kriminalomsorg, rusomsorg, psykiatri, somatiske sjukehus og som lønsmottakarar. Ved eit longitudinelt studie kan ein sjå på TBO i barndomen fører til endringar på livskvalitet og mottaking av tenester i denne gruppa. Ein kan også sjå om det er endringar i korleis dei klarar seg i sin eigen heim som vaksen og korleis dei sjølv blir som omsorgspersonar.

Den andre fronten det kunne vore hensiktsmessig å forske på, er om ulike grader av utviklingstraume gjev ulike resultat for påverknad. Nordanger og Braarud (2017, s. 132-139) viser til kartleggingsverktøy som kan fange opp grad av utviklingstraume og dei peiker på at større grader av utviklingstraume gjev større fysiske og psykiske utfordringar. For å kunne få eit klarare bilete av påverknaden av TBO, kan ein argumentere at det også kan vere hensiktsmessig å sjå på om t.d. større grad av utviklingstraume betyr større effekt av TBO, eller om det ikkje er samanheng.

Sidan funna ikkje gjev eit klart bilete av påverknaden av TBO og traumebevisst tilnærming, så er det vanskeleg å slå fast kva effekt TBO har på barn med utviklingstraume og tenester ved først augekast. Problemstillinga krev derfor at ein ser nærmare på ulike sider ved TBO for å kunne svare på problemstillinga og vidare vil oppgåva gå djupare inn på temaet.

## **Påverknad TBO har på barn**

### *Utvikling hos barn*

Som funna til Barto et al. (2018) foreslår, så var sannsynet for mishandling redusert i gruppa som tok imot MCTP og MCTP var assosiert med betre funksjonalitet hos barna (reduert utfordrande oppførsel og symptom på PTSD). Funna til Murphy et al. (2017) viser til at funksjon og regulering av oppførsel blei signifikant forbetra av eksponering til TST over tid, medan emosjonell regulering av oppførsel blei forbetra i første tida av eksponering til TST. Forfattarane foreslår at dette kan tilseie at traumeterapi som kan forbetre emosjonell velvære kan skje relativt kjapt, men at etablert oppførsel kan ta lenger tid å endre. Når det gjeld varigheit i plassering, så viste ikkje funna til Barto et al. (2018) signifikante forbetringar, men funna til Murphy et al. (2017) viser at bruk av TST var assosiert med varigheit i plassering.

Dersom det er slik som funna til Barto et al. (2018) og Murphy et al. (2017) viser, at sannsynet for mishandling blir redusert og betre funksjonalitet hos barna, så kan ein argumentere at ei traumebevisst tilnærming er avgjerande for mange barn. Dette kan understreka med det teori om nevrobiologi seier om at erfaringar i tidleg barndom påverkar nevrologisk utvikling (og med det funksjonalitet hos barna) og traume (som eit resultat av mishandling) kan ha ei kraftfull påverking på hjernen i tidleg alder (Ludy-Dobson og Perry, 2010). Hjernen utviklar blant anna hjarterytm, kroppstemperatur og respirasjon i hjernestamma, den regulerer blant anna tilknytning og basale affektar som sinne, frykt, lyst og alarmreaksjon i det limbiske system og den regulerer bevisstheit, resonnering, viljestyrte handlingar og språk og kommunikasjon i neokorteks (Nordanger og Braarud, 2017; Ludy-Dobson og Perry, 2010). Sidan hjernen utviklar seg frå botnen og opp, er ei sunn utvikling av neo-korteks avhengig av ei sunn utvikling av både hjernestammen og det limbiske system (Nordanger og Braarud, 2017). Om TBO kan bidra til at nye traume ikkje kan påverke hjernen og samstundes kan bidra til å betre funksjonaliteten hos barn for å få ei sunnare utvikling av hjernen, så må jo TBO vere løysinga, eller?

Ifølge Lorentzen (2020) så er det ikkje så enkelt. Han stiller ikkje spørsmål til den konkrete praksisen der ulike institusjonar tek i bruk traumebevisste prinsipp, men faglitteraturen. Han understrekar at uttrykk som «jegsvake» og «dårleg integrerte barn» frå tidlegare tiders metode om straff og lønning er blitt erstatta med uttrykk som «reguleringsvansker» og «svakt toleransevindu». I tillegg til dette så meina han at det, i samvær med barn, ikkje er snakk om å «vere» i augeblikket, men å «bruke» augeblikket. Når miljøterapeuten er opptatt av å tolke barn si åtferd som uttrykk for noko skjult og bakanforliggende, meiner forfattaren at miljøterapeuten kan gå glipp av ein intersubjektiv tilstand mellom miljøterapeut og barn og ein går glipp av det som utspelar seg mellom barnet og miljøterapeuten i augeblikket. Når det er sagt så skal ikkje tolking av traume gå på kostnad av å «berre» vere i augeblikket.

Ei innvending på spørsmålet dreier seg om regulering av emosjonar, som i funna til Murphy et al. (2017) viste at emosjonell regulering av oppførsel blei forbetra i første tida av eksponering til TST, men mindre over tid. Dersom ein ser til faglitteraturen, så er ifølge Bath (2010) den største konsekvensen av utviklingstraume den manglande evna til å regulere intensiteten og varigheita av affekt og regulere emosjonar som frykt, sinne og seksuelle impulsar. Forfattaren referera til omgrepet «co-regulation», som på norsk kan omsetjast til samregulering, og som dreier seg om at eit barn lærar å sjølvregulere emosjonane sine ved hjelp av ein påliteleg omsorgsperson. Han meiner samregulering kan brukast som ein modell for å hjelpe unge å handtere augeblikkelege emosjonar og på sikt hjelpe å utvikle sjølvkontroll. Lorentzen (2020, s. 151) meiner at sjølv om faglitteraturen tilseier at miljøterapeuten må kunne sjå innover seg sjølv og reflektere over eigen emosjonell regulering og traumehistorie og sine egne fordommar i møte med utfordrande barn, så er det ikkje slik at miljøterapeuten alltid skal rette blikket innover i seg sjølv. Her argumentera forfattaren at det kan vere noko i konteksten, (t.d. at barn ikkje har samtykke i situasjonen sin, å oppnå resultat vil ta lenger tid enn omsorgstilbodet gjev rom for, rådande faglege tankesett eller overordna politiske føringar) ein heller må ta tak i. Akkurat dette argumentet vil vi kome tilbake til i drøftingsdelen om tenestene, men poenget i denne samanhengen er at sjølv om faglitteraturen har gode metodar for korleis miljøterapeuten kan hjelpe barn til å oppnå betre emosjonell regulering og funksjonalitet, så er det ikkje nødvendigvis slik at dei fungera like bra i praksis. Miljøterapeutar kan ha vanskar med å regulere sine eige kjensler i møte med utfordrande barn og det kan vere utfordringar med systemet som gjer at barnet ikkje får den hjelpa som metoden i teorien ønska.

Vidare seier teori om utviklingstraume at dersom eit barn er vaksen opp med ein omsorgsperson som er kjelde til kaos, forsømming og frykt, vil barnet skape ein mal som fortel barnet at alle vaksne er uføreseieleg og ei kjelde til frykt, kaos, smerte og tap. Barn bærer med seg desse malane inn i framtidige relasjonar og dette minskar kapasiteten til å dra nytte av å dra fordel av framtidige omsorgsfulle og investerte vaksne. Likevel seier teorien sjølv om tidleg negative relasjonelle erfaringar kan på negativ utvikling på hjernen, kan gode relasjonar også vere beskyttande og reparerende (Ludy-Dobson og Perry, 2010). Dette samsvarar med funnet til Murphy et al. (2017), som er beskrevet i avsnittet om tverrfagleg samarbeid, som tilseier at det ikkje er ei spesifikk rolle som er sentral i TBO, men at det er individ på tvers av team som spelar ei unik rolle i barn sine liv. Dette funnet viser at det er mogleg for investerte miljøterapeutar å ha ein positiv effekt på barns utvikling. Her handlar det om at relasjonane over tid kan bidra til å skape nye malar for barna som viser at vaksne kan vere ei kjelde til omsorg og tryggleik og som kan bidra til auka utvikling hos barna og auka stabilitet i plassering.

For å få dette til kan ein argumentere at kunnskapen dei vaksne har om utviklingstraume er avgjerande, slik at ein bevisst kan arbeide med å skape desse nye malane. Det handlar om kunnskap om korleis utviklingstraume påverkar hjernen og utviklinga til barna og korleis ein gjennom ei traumebevisst tilnærming kan hjelpe barna med sunn utvikling i gode omsorgsforhold. Her kan ein igjen trekke inn det Bath (2010) kallar samregulering. Forfattaren peiker på at dersom ein er klar over at barn og ungdom kan ha emosjonelle utbrot og ein kan forstå at utbrota er eit resultat av utviklingsmessige forseinkingar og ikkje dårleg oppførsel, vil ein ha moglegheit til å hjelpe barna å regulere seg framfor å straffe dei for dårleg oppførsel (Bath, 2010). Motargumentet til dette er at når miljøterapeutar arbeider etter etablerte og ideelle metodar og teoriar, kan ein risikere å følge desse slavisk, noko som kan føre til at dette minskar rommet for miljøterapeuten til å tenke sjølv og bruke instinkta sine. Dette argumentet kan understreka av det Lorentzen (2020, s. 150-151) meiner om at faglege perspektiv blir lukkande for «miljøterapeutens handlingsrom, inkludert sunn fornuft, skjønn og dømmekraft i konkrete situasjonar», noko som forfattaren refererer til som «fagetikkens vesen». Kanskje kan ein gå heilt tilbake til namnet «traumebevisst omsorg» for å illustrere skilnaden av teori og praksis. Då namnet, og teorien som såleis, tilseier at ein skal vere *bevisst* trauma i møte med barna, kan resultatet i praksis bli ei overanalysering av traume og bakanforliggende årsaker til oppførsel framfor å berre «vere» med barna.



## *TBO vs. straff og lønn*

TBO som tilnærming er ein motsetnad til tidlegare tiders straff og lønning. Før oppgåva går vidare til å drøfte kva påverknad ei traumebevisst tilnærming har på tenestene i systemet (sett opp mot straff og lønning) er det verdt å vie eit avsnitt til kva TBO, i forhold til straff og lønning, har på barn. Argumentet går ikkje ut på å framsnakke straff og lønning som ein betre tilnærming TBO, men å få fram at det er nyansar i møte med barn. Den første nyansen dreier seg om makt, der det yrkesetiske grunnlagsdokumentet (FO, 2019, s. 10) seier at profesjonsutøveren har ansvar for å tydeleggjere og vedkjenne seg maktforholdet i relasjonen til brukaren.

Miljøterapeuten har stor makt når miljøterapeuten skal vere den som bestemmer om barnet får straff eller lønning. Likeins kan ein sei at maktperspektivet kjem til syne i ei traumebevisst tilnærming fordi det er det er miljøterapeuten som skal vere «eksperten» og barnet blir den som skal «få hjelp». Dette kallar Lorentzen (2020, s. 153) for usymmetriske relasjonar og ulikverdige maktforhold. Ifølge det yrkesetiske grunnlagsdokumentet (FO, 2019, s. 11) så har profesjonsutøveren særleg ansvar for å fordele makt og ansvar mellom profesjonsutøvar og brukar, sjølv om det alltid vil vere asymmetri i profesjonelle relasjonar. Den andre nyansen dreier seg om kva som er vanleg i eit forhold mellom omsorgsperson og barn. Det er ikkje vanleg at barn får råde og at alt skal skje på deira premiss i ein slik relasjon. Foreldre brukar uttrykk som «dersom du ikkje lyster no, så blir det ikkje snop på laurdag» eller «dersom du tar oppvasken, så skal du få 20kr». Eg seier ikkje at straff og lønning er det mest pedagogiske, men det er eit godt brukt metode for å lære barn at handlingane deira får konsekvensar, både i negativ og positiv forstand, slik handlingar får for alle menneske.

For å oppsummere, så viser funna at TBO har positiv effekt på mishandling, funksjonalitet og stabilitet i plassering, men som denne delen av drøftinga har vist, så er det likevel ikkje så svart-kvitt, og det finns nyansar som viser at det kan vere utfordringar med tilnærminga som er verdt å reflektere over, spesielt for miljøterapeutar i møte med utviklingstraumatiserte barn. Vidare vil oppgåva drøfte kva påverknad ei traumebevisst tilnærming har på tenestene som blir gjeve til desse sårbare barna.

## **Drøfting av påverknaden ei traumebevisst tilnærming har på tenestene**

Funna som er relevant for denne delen av oppgåva, seier noko om kva effekt ei traumebevisst tilnærming har på kapasiteten til systemet, diagnose og kartlegging, tverrfagleg samarbeid og behandling av eksterne partar. Denne drøftingsdelen vil ta føre seg funna relatert til dei ulike temaa og drøfte dei i forhold til gjeldande faglitteratur.

### *Kapasiteten til systemet*

Av funna som seier noko om påverknaden har på systemet, så viser Connell et al. (2019) til positive forbetringar i den totale kapasiteten til systemet ved brukt av komponentane i CONCEPT, men at det krev arbeid og planlegging. Forfattarane anbefala ei tilnærming som imøtekjem konkrete og augeblikkelege behov hos tilsette og som gjev moglegheiter for permanente forbetringar i systemet. Forfattarane understrekar også at dersom det kjem nye lovar og reglar om å integrere TBO, så vil sannsynlegvis støtta for TBO og evidensbasert terapi følge etter. Sida studien blei utført i USA, vil det vere hensiktsmessig å sjå til barnevernloven for å sjå om det er lovar om å integrere TBO i det norske systemet. I forslag om lovendring i barnevernloven (Prop. 133 L (2020-2021), s. 57) står det at Bufdir har kome fram til ein modell for kompetanse og kunnskap i institusjon, der alle institusjonstilsette skal få opplæring i rettighetsforskrifta sikkerheit og førebygging av tvang, *traumebasert omsorg*, medverking, rutinar for god dokumentasjon, rus og psykisk helse. Dersom ein ser til barnevernloven (2021) etter den blei endra i 2021 og utfører eit søk i dokumentet, så er ikkje traumebevisst omsorg nemnd i loven. Ein kan då stille seg spørsmålet om TBO ikkje blir brukt slik det var tenkt, eller om tilnærminga blir brukt sjølv om den ikkje er lovfesta. Ein kan likevel argumentere, ut i frå det Connell et al. (2019) understrekar om at dersom det kjem nye lovar og reglar for TBO, så vil støtta og terapien kome etter, at dersom tilnærminga hadde vore lovfesta, så hadde fokuset på tilnærminga auka.

Når det er sagt, så vil ei lovheimla tilnærming ikkje vere heilt uproblematisk heller. Motargumentet dreier seg om strukturell makt og tvang og kan hentast frå det yrkesetiske grunnlagsdokumentet. Ifølge FO (2019, s. 11) er bruk av makt og tvang alltid problematisk, sjølv når ein ser det som nødvendig eller lovheimla. Dokumentet viser til at tvang kan omfatte blant anna fridomsrøving, bruk av tvangsmidla, tvangsbehandling og annan fysisk maktbruk, til mangel på val og strukturell tvang i form av regler og rutinar som alle må følge. Ut i frå dette utsegna er det tydeleg at tvang blir brukt i ei tilnærming med straff og lønning, men ein ser også at dersom ei traumebevisst tilnærming bli lovheimla, så kan det føre til strukturell tvang i form av regler og rutinar.

### *Diagnose og kartlegging*

Drøftinga om makt og tvang fører oppgåva naturleg over på det neste temaet som skal drøftast: diagnose og kartlegging. Ifølge FO (2019, s. 11) så er det viktig å vere klar over en meir skjulte forma for makt som kan knytast til diagnosering og anna kartlegging. Her kan ein tenke seg at ein diagnose kan utløyse ulike typar behandling, som t.d. medisinar, som barnet ikkje har samtykkekompetanse til å avgjere sjølv. I tillegg kan ein diagnose føre til at dei som arbeidar med barnet, vil sjå på barnet på ein spesifikk måte og deretter møte barnet tilsvarande. Her er det viktig at miljøterapeuten er bevisst eigne fordommar mot ulike diagnosar, slik at ein ikkje gløymer at barnet først og fremst er eit menneske og ikkje ein diagnose.

Når det er sagt, så kan diagnostisering og kartlegging føre med deg positive påverknadar, men også her er det nyansar. Nordanger et al. (2011) problematisera at det berre finns ein PTSD diagnose og ikkje ein diagnose for utviklingstraume (DTD diagnose). Dei meiner at PTSD berre fangar opp delar av symptombiletet og at PTSD berre blir ein av fleire diagnoser i tillegg til diagnoser som separasjonsangst, ADHD og opposisjonelle åtferdsforstyringar. Dersom ein ser til funna så meiner Watt (2017) at DSM-systemet er ei hindring for å implementere traumebehandling i helsesystemet på ein meningsfull måte. Han viser til at barn må ha ein diagnose som tilseier at emosjonane og/eller oppførslane er unormale for at eit barn skal få behandling. Gjennom diagnosekriteria samlar behandlarar inn informasjon om emosjonelle eller åtferdsmessige symptom, men dei unnlata å ta omsyn til traumehistoriene ved fastsetting av diagnose og behandlingsforløp, noko som forfattaren meiner til slutt vil redusere utnyttinga av behandling blant utviklingstraumatiserte barn.

Ein positiv påverknad av å få ein eigen DTD diagnose er ifølge Nordanger et al. (2011) at ein lettare vil kunne kartlegge barnas situasjon og lettare kunne gje eit behandlingstilbod som passar for vanskaner til barna, dersom ein får DTD som ein diagnose. Dette argumentet kan støttast av funna i studien til Connell et al. (2019). Forfattarane i denne studien viser til at det var avgrensa bevisstheit kartleggings for utviklingstraume og dei understrekar viktigeita av kartlegging for å identifisere barn som har behov for tilvising til ytterlegare utredning eller tilgang til traumebevisste tenester. Ein annan positiv påverknad av ein DTD diagnose dreier seg om det Nordanger et al. (2011) meiner at dersom DTD blir ein diagnose, så utløyser det forskingsmidlar. Dei meiner at det ligg eit paradoks i at den problematikken som utfordrar hjelpeapparatet mest, er den som i minst grad utløyser forskingsmidlar. Ettersom ein diagnose utløyser forskingsmidlar og ein diagnose ikkje er på plass, er det derfor vanskeleg å vite kva som er utfordringar med tilnærminga. For å understreke dette meiner i tillegg Bath (2015) at det finns mange terapeutiske modellar for terapeutar, men det er få forskingsbaserte tilnærmingar for dei som arbeidar med barna i det han kallar *dei andre 23 timane*, altså miljøterapeutane.

### *Behandling av eksterne partar og tverrfagleg samarbeid*

Ein kan også argumentere at ein diagnose også opnar for tverrfagleg samarbeidet mellom miljøterapeutar, eksterne behandlarar og andre vaksne støttespelarar, noko som fører oppgåva vidare til drøfting av behandling av eksterne partar og tverrfagleg samarbeid. Av funna under behandling av eksterne partar viser Barto et al. (2018) at av dei evidensbaserte traumeterapiane så sørga alle metodane for at foreldre fekk trening, utdanning og støtte. Dette meina forfattarane er essensielt for velværa til barnet fordi foreldre si emosjonelle fungering og støtta frå familien kan bidra til å minske utviklinga av symptom på PTSD, samt at barnet kan få løyst opp i ulike symptom. I tillegg til dette viser studien til Connell et al. (2019) at det var ei auke i nyttinga av traumebevisste åtferdshelsetenester i deira prosjekt.

Når det er sagt så viser funna til Watt (2017) at det ikkje verka som om traume var innarbeida i eksisterande protokollar for terapi på nokon formell eller innhaldsmessig måte og at trauma ikkje blir fanga opp. Dette er både fordi barnevernstilsette ikkje formidlar traumehistoriene vidare til terapeutane, og fordi terapeutane brukar vurderingsverktøy som fangar opp dei mest vanlege åtferdsforstyringane, men som ikkje fangar opp traume. Den første delen av denne drøftinga tek oppgåva tilbake til drøftinga om diagnose og DSM-systemet. På dette teamet er det også Watt (2017) som viser til at diagnosesystemet er basert på ein biomedisinsk modell for mental helse, som t.d. kjemiske ubalansar i hjernen. Behandlinga fokusera av den grunn på tankeprosessar (cognitive behavioral therapy) eller hjernefunksjon (psykotropisk medisin). Argumentet blir her er allereie nemnt i funna, der Watt (2017) viser til at når barna får behandling som tar utgangspunkt i forstyringane til barnet, ser ein ikkje på utfordringane til barnet som tilpassingsdyktige reaksjonar på det som skjer i miljøet. Behandlingar som då ser på tankeprosessar eller hjernefunksjon hos barnet, er det fare for at barnet mottek behandling som ikkje samsvarar med utfordringa til barnet. Eit barn som er utviklingstraumatisert, vil i følge ei traumebevisst tilnærming, ha behov for omsorg, tryggleik og omarbeiding av traume. Dersom behandlinga ikkje fangar opp trauma t.d. gjennom ufullstendig kartlegging og diagnosesystem, kan ein heller ikkje behandle trauma og ein risikera å gje feil behandling.

Motargumentet kan vere det Lorentzen (2020, s. 155-156) beskriver om behandlingsforløpet. Han viser til at behandling med ein traumebevisst tilnærming utførst i ein trappetrinnsmodell der behandlinga og læringa går føre seg i ei bestemt rekkefølge der t.d. grunnleggande ferdigheiter må på plass før barnet kan gå vidare til t.d. å fungere i sosiale samanhengar. Forfattaren meiner at dette er problematisk fordi «det gode i livet» ventar i framtida og det kan vere tungt å stadig vere med på eit livsforbetningsprosjekt, både for barnet og for miljøterapeuten som skal følge opp behandlingsforløpet.

Den neste delen av drøftinga er hensiktsmessig å sjå i temaet om behandling av eksterne partar i samheng med temaet om tverrfagleg samarbeid. I studien til Barto et al. (2018) var målet å promotere justeringar på tvers av profesjonar for å sikre at familiar fekk passande mengde TBO i tillegg til traumefokusert behandling og dei meiner at det var fleire lag med MCTP som var grunnen til positivt utfall. Forfattarane meiner at det var ei viktig milepæl at kvart system forstod effekten av traume og utvikla gjensidige prinsipp for ei traumebevisst tilnærming for å oppnå organisatoriske endringar mot eit traumebevisst system. Studien til Murphy et al. (2017) viser til at ein ikkje må undervurdere kommunikasjon på tvers av alle nivå av tilsette og på tvers av system for å oppnå endringar i systemet. Desse funna viser at for at barna skal få gode tilbod som kan gje positiv effekt på barna, så krevjast det tverrfagleg samarbeid av alle partar, inkludert miljøterapeutar og andre terapeutar.

Til no har drøftinga teke føre seg ulike nyansar med TBO med argument både for og i mot. Som ein siste del av drøftinga argumenterer oppgåva at sjølv om det er for- og motargument til tilnærminga, så er tilnærminga avhengig av eit godt tverrfagleg samarbeid for å ha ein positiv påverknad på tenestene som blir gjeve barn med utviklingstraume. Ludy-Dobson og Perry (2010) argumentera for at dagens psykiske helse, barnevern og rettssystem handtera traumatiserte og mishandla barn som om ein ikkje er bevisst kva forkinga sei om utvikling, tilknytning og traume og dei referera til at barn blir flytta frå terapeut til skule, skule til skule, fosterheim til fosterheim og samfunn til samfunn (s. 39). Når vi som dei trygge vaksne skal møte desse barna med utfordringane som fører med er det viktig at vi møter dei med ei heilskapleg tilnærming, om vi er miljøterapeut, psykolog eller saksbehandlar i barnevernet. Det yrkesetiske grunnlagsdokumentet (FO, 2019, s. 5) summera dette heilskaplege synet på ein veldig fin måte:

*«Helse- og sosialfaglig arbeid legger til grunn at det er mange aspekter ved menneskers liv som har betydning for velferden, og at individ og samfunn påvirker hverandre. Profesjonsutøveren skal legge vekt på en helhetlig tilnærming til mennesker som har behov for sammensatte og tverrfaglige tjenester. Han/hun skal bidra til at ulike deler av hjelpeapparatet samarbeider om å gi brukeren et helhetlig hjelpetilbud».*

I nokre situasjonar skal vi skape eit tilbod som kan bidra til å forbetre heimen til desse barna og i andre tilfelle skapar vi ein ny heim, dette med hjelp av eit heilskapleg syn. Men viktigheita av å møte barna der dei er gjennom intersubjektivitet, kan vi ikkje finne i faglitteratur, ulike metodar eller behandlingsformer eller i yrkesetiske dokument. Vi finner dei når vi som profesjonsutøvarar er til stades i oss sjølv og når vi finn bevisstheita vår og bevisstheita til barna i *augeblikket*.

*«På ski har jeg rent;  
jeg har spurt meg frem;  
de frittet hvor jeg skulle;  
jeg svarte: jeg skal hjem.»*

-Henrik Ibsen

## Oppsummering

Oppgåva har svara på problemstillinga «Kva påverknad har traumebevisst omsorg på barn med utviklingstraume og kva påverknad har ei traumebevisst tilnærming på teneste?» ut i frå to kategoriar. Den eine kategorien har teke føre seg kva påverknad TBO har på barn og den andre kategorien har teke føre seg påverknaden ei traumebevisst tilnærming har på tenestene som blir gjeve til barn med utviklingstraumet. Argumenta dreier seg ikkje om at det er klare linjer for for-og motargument for tilnærminga, men at tilnærminga har både positive og negative sider som skapar nyansar i møte med utviklingstraumatiserte barn.

## Kjelder

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4. utgåve). Open University Press/McGraw-Hill Education.
- Barto, R., Bartlett, J. D., Ende, A. V., Bodian, R., Noroña, C. R., Griffin, J., Fraser, J. G., Kinniburgh, K., Spinazzola, J. Montagna, C. Og Todd, M. (2018). The impact of a statewide trauma-focused child welfare initiative on children's permanency and maltreatment outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 2018/vol.81, s. 149-160.
- Barnevernloven. (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97>
- Bath, H. (2008). *Calming together: The Pathway to self-control. Reclaiming Children and Youth*, 2008/vol.16(4), s. 44.
- Bath, H. (2015). The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours. *Reclaiming Children and Youth*, 2015/vol.23(4), s. 5-10.
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I. og Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I I.T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s. 19-35). Universitetsforlaget.
- Connell, C. M., Lang, J. M., Zorba, B. og Stevens, K. (2019). Enhancing Capacity for Trauma-informed Care in Child Welfare: Impact of a Statewide Systems Change Initiative. *American journal of community psychology*, 2019/vol.64 (3-4), s. 467-480.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utgåve). Gyldendal Akademisk.



Fellesorganisasjonen FO (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. FO.

<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Helgesen, L. A. (2017). *Menneskets dimensjoner : Lærebok i psykologi* (3. utgåve). Cappelen Damm Akademisk.

Lorentzen, P. (2020). Traumebevisst omsorg – ett skritt frem og to til siden. *Norges Barnevern, 2020/vol.97(2)*, s. 146-161.

Ludi-Dobson, C. R. og Perry, B. D. (2010). The Role of Healthy Relational Interactions in Buffering the Impact of Childhood Trauma. I E. Gil (Red.), *Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play* (s. 26-43). The Guilford Press.

Murphy, K., Moore, K. A., Redd, Z. og Malm, K. (2017). Trauma-informed child welfare systems on children's well-being; A longitudinal evaluation of KVC's bridging the way home initiative. *Children and Youth Services Review, 2017/vol.75*, s. 23-34.

Nordanger, D. Ø. og Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer : Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.

Nordanger, D. Ø., Braarud, H. C., Albæk, M. og Johansen, V. A. (2011). Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for norsk psykologforening, 2011/vol.48(11)*, 1086-1090.

Persson, M. og Arntsen, J. (2020). *Hva vet vi om traumebevisst omsorg som tiltak - en litteraturstudie*. [Masteroppgåve]. Universitetet i Bergen.

Spinazzola, J., van der Kolk, B. og Ford, J. D. (2021). Developmental Trauma Disorder: A Legacy of Attachment Trauma in Victimized Children. *Journal of Traumatic Stress, 2021/vol.34(4)*, s. 711-720.

Watt, T. T. (2017). Paradigm Shifts Don't Come Easy: Confrontations between the Trauma Perspective and the DSM in Mental Health Treatment for Abused and Neglected Children. *Journal of child & adolescent trauma, 2017/vol10(4)*, s. 395-403.



# Vedlegg

## Vedlegg 1: Oversikt over artiklar

Artikkel nummer	Forfattarar	Namn på artikkel	År	Metode	Antal deltakarar	Tidsperiode studien går over
1	Barto, B., Bartlett, J. D., Ende, A. V., Bodian, R., Norona, C. R., Griffin, J., Fraser, J. G., Kinniburgh, K., Spinazzola, J., Montagna, C. og Todd, M.	The impact of a statewide trauma-informed child welfare initiative on children's permanency and maltreatment outcomes	2018	Kvantitativ metode (samanlikningstudie)	91, 253 barn	1 år (oktober 2012-september 2013)
2	Murphy, K., Moore, K. A., Redd, Z. og Malm, K.	Trauma-informed child welfare systems on children's well-being: A longitudinal evaluation of KVC's bridging the way home initiative	2017	Kvantitativ metode (longitudinal kvasiekperimentell)	1, 499 barn	3 år (2011-2014)
3	Watt, T. T.	Paradigm Shifts Don't Come Easy: Confrontations between the Trauma Perspective and the DSM in Mental Health Treatment for Abused and Neglected Children	2017	Kvantitativ metode (casestudie)	1, 612 barn	18 månadar
4	Connell, C. M., Lang, J. M., Zorba, B. og Stevens, K.	Enhancing Capacity for Trauma-informed Care in Child Welfare: Impact of a Statewide Systems Change Initiative	2019	Kvantitativ metode (multi-komponent)	642 tilsette	5 år

## Vedlegg 2: Oversikt over funn

Tema	Funn	Frå kva artikkel
Tidlegare forsknings som artiklane viser til	Få studier har testa om TBO med bruk av praksisfeltets retningslinjer har ein positiv innverknad på barns utfall.	1
	Grunnen for dette er delvis grunna at måten ein definerer og målar utfall ikkje er konsekvent og ein manglar konsensus om kva komponentar ein behøver for å oppnå positive utfall for barn.	1
	Forskarar og profejonsutøvarar etterlyst traumebevisste omsorgssystem. Spesifikke forslag har vore å måle og spre informasjon om traume til leverandørar og tilby evidensbaserte tenestar for å behandle traumer.	3
	Artikkel 3 viser til at majoriteten av barn mottok ikkje dei traumebevisste tenestane som dei treng. Funna i artikkelen støttar denne påstanden.	3
	Til tross for den økende interessen og finansieringen for traume-informerte barnevern, er lite kjent om den langsiktige effekten om systemkapasitet for traumeinformert omsorg.	4
Generelle funn i dei ulike forskningsprosjekta	Forfattarane i artikkel 2 meiner at dei fleste traumebevisste intervensjonane har vore med klinisk tilsette. Funna i forskningsstudien viser at implementering av traumebevisste metodar hos ikkje-klinisk tilsette og forsteforeldre viser lovnad.	2
	Funna om gjengivelse av TST og barns velvære og stabilitet i plassering framhever lovnaden om at integrering av TBO gjennom systemet. Funna i denne artikkelen viser også at auking av TST dose over tid, har positiv innverknad på barns utfall.	2
	Forfattaren viser til at mange har merket seg at traumeperspektivet representerer et paradigmeskifte innen psykisk helse og det sentrale spørsmålet flyttast frå "kva er gale med deg?" til "kva hende med deg?". Forfattaren peiker på at litteraturen identifiserer karakteristikkene for eit traumebevisst system, men at det som manglar er ei forståing av kva som skal til for å oppnå eit paradigmeskift innan psykisk helse.	3
	Tre domener viste forbedringer: (1) rangeringer av ansattes tilstedeværelse for barns psykologiske sikkerhetsbehov og (2) vurderinger av både generelt samarbeid og (3) traumespesifikt samarbeid med lokalsamfunnsbaserte byråer.	4
TBO påverknad på mishandling	Sannsynet for mishandling var redusert i områder ein brukte MCTP. Dette samsvarar med forskning som støtta effektiviteten av TBO for å fremme velvære hos barn som mottok evidensbaserte metodar i møte med traumer	1
	Forfattarane viser til at dette er det første studiet som viser at MCTP er assosiert med reduksjon i mishandling (maltreatment).	1
	Gruppa som mottok MCTP hadde ferre rapportar av mishandling (maltreatment) og ferre rapportar av fysisk vold og forsømmelse (physical abuse and neglect) enn kontrollgruppa.	1

TBO påverknad på funksjon	MCTP er assosiert med betre funksjonalitet hos barna (reduisert utfordrande oppførsel og posttraumatisk stress).	1
	Auking i barnets eksponering til TBO var assosiert med signifikante forbetringar i funksjon og regulering i oppførsel.	2
	Auking i barnets eksponering til TBO var ikkje assosiert med emosjonell regulering. Likevel var eit høgt nivå av gjengiving av TBO i det første kvartalet av prosjektet assosiert med signifikante forbetringar i emosjonell regulering.	2
	Forfattarane meina funna i prosjektet foreslår at ikkje alle måla for velvære er assosiert med implementering av TST på same måte. Funksjon og regulering av oppførsel blei signifikant forbetra gjennom eksponering til TBO over tid, medan emosjonell regulering blei forbetra i den første tida barna blei eksponert til TST. Forfattarane foreslår at dette tilseier at traume terapi som endrar emosjonell velvære kan skje relativt kjapt, men endringar i etablert oppførsel kan ta lenger tid.	2
	Forfattarane brukar 3 ulike dosar av TST; samla, indre sirkel (dei som arbeidar direkte med barnet) og ytre sirkel (dei som har ei mindre direkte rolle som t.d. Saksbehandlar i barnevernet). Auking i indre sirkel dose over tid gav signifikant forbetring i barns funksjon over tid. Indre sirkel implementering av TST i første kvartal var assosiert med signifikante forbetringar i emosjonell regulering over tid.	2
	Implementering av TST i ytre sirkel i første kvartal gav ein signifikant assosiasjon med forbetring i funksjon.	2
	Implementering av TST i ytre sirkel over tid var assosiert med signifikant forbetring i funksjon.	2
TBO sin effekt på systemet	Barnevernstilsette rapporterte om positive forbedringar på den totale kapasiteten til systemet etter bruk av komponentar i konsept CONCEPT (Connecticut Collaborative on Effective Practices for Trauma) med hensyn til å gi traumeinformert omsorg til barn, familier og barnevernets arbeidsstyrke, men at desse variablane er avhengig av bevisstheit og involvering av dei tilsette	4
	Eit område som gav overaskande funn var avgrensa opplevd effekt av STS (Secondary Traumatic Stress) og avgrensa finansiering for å støtte velværeaktiviteter.	4
	Sjølv om studiet viser til kvantitative data som viser til systemforbetringar etter prosjektet, har forfattarane høyrte frå ei rekke kollegaer og tilsette i barnevernet at det har vore eit merkbar kulturskifte mot å omfavne traumeinformert omsorg som en grunnleggende verdi.	4
	Sjølv om prosjektet CONCEPT har vist positiv effekt på traumebevisst omsorg i systemet, så krev det nøye arbeid og planlegging for å lykkast. Forfattarane anbefalar derfor ein tilnærming med fleire komponentar som imøtekjem konkrete og umiddelbare behov til tilsette (som t.d. god kvalitet for opplæring av traumer, auka tilgong til traumebevisst EBTer (evidensbasert trauma treatments)) og som gjev moglegheiter for permanente forbetringar i systemet (politiske endringar og bygging av intern kapasitet/kompetanse på traumer).	4

TBO effekt på varighet i plassering	Gruppa som mottok TBO hadde fleire rapportar og out-of-home placement enn kontrollgruppa, men forfatarane meiner at dette kan vere fordi prosjektet hadde meir omfattane rapportering.	1
	Prosjektet viste ikkje ei auking av adopsjonar og forfatarane meinte at prosjektet var for kort for å måle dette ordentleg (1 år).	1
	Gjengivelse av TST i det første kvarteret, så vel som aukande gjengivelse over tid, var signifikant assosiert varighet i plassering	2
	Indre sirkel implementering av TST i første kvartal gav auka stabilitet i plassering.	2
	Implementering av TST i ytre sirkel i første kvartal gav ein signifikant assosiasjon til stabilitet i plassering.	2
	Implementering av TST i ytre sirkel over tid var assosiert med signifikant forbetring i funksjon og betre varighet i plassering.	2
Tverrfagleg samarbeid	Tidlegare funn foreslår at TILT (Trauma Informed Leadership Teams) har ein viktig innvirkning på forbetring i TBO praksis på tvers av system, inkludert forbetra forbindelse og kommunikasjon mellom behandling og barnevern, same språk mellom behandling og barnevern, økning i henvisningar til EBT (evidence-based trauma treatments) og utvikling av TBO ressursar og trening til andre partnarar.	1
	Forfatarane meiner at fleire lag med MCTP var grunnen til ein positivt utfall. Målet var å promotere justeringar på tvers av profesjonar for å sikre at familiar fekk passande TBO med fokus på adgang til traumefokusert terapi.	1
	Prosjektet gjennkjente at ein viktig milepæl var at kvart system forstod effekten av traumer og utvikla gjensidige prinsipp for ei traumebevisst tilnærming.	1
	Tverrfagleg samarbeid er viktig for å suksessfullt oppnå organisatorisk endring for å skape eit traumebevisst system.	1
	Innkorporering av ulike fagfolks og interessentars perspektiv var essensielt for å sikre prosessen og kvaliteten av prosjektet.	1
	Artikkel 1 henviser til at Bridging the Way Home Initiative (artikkel 2) demonstrerte positive utfall gjennom integrering av TBO for alle partar som tek vare på barna og i alle nivåa av systemet i eit privat barnevern.	1
	Bridging the Way Home Initiative peiker på at barnevernsbyrå ikkje burde indervurdere betydninga av kommunikasjon på tvers av alle nivå av tilsette og fosterforeldre, samt mellom systemer kan ha på endring av systemt. (Her referera artikkel 1 til artikkel 2)	1, 2
	Sidan funna i artikkel 2 var varierende på tvers av ulik dose TST, meiner forfatarane at funna foreslår at individ på tvers av team spelar ei unik rolle i barna sitt liv og at det ikkje er ei spesiell rolle som sentral i å gi TBO. Forfatarane meiner at det er samansetninga av ferdigheiter hos dei tilsette og evnen til heile teamet som bidreg til eit bedre utfall. Denne forventninga er sentral for grunngjeving av å implementere TST i heile systemet og forfatarane meiner at funna gjev noko støtte i denne grunngjevinga.	2

ling av eksterne	Prosjektet brukte tre typar terapiar (EBT): ARC, CCP og TF-CBT. Desse blei brukt fordi desse metodane har vist seg effektive i møte med barn utsett for kronisk traume.	1
	Alle tre metodane (ARC, CCP og TF-CBT)sørger at forsørgarar fekk trening, utdanning og støtte. Foreldres emosjonelle fungering og støtte frå familien, kan bidra til å minske utviklinga av symptom på PTSD i tillegg til at det kan bidra til at barnet får løyst om i symptom. Av den grunn ser forfattarane det forsørgers integrering i terapien er essensielt for den generelle velværen til barnet.	1
	Sjølv om berre ein brøkdel av barna som fekk TBO fekk klinisk terapi, var det positive skift i mishandling av barna i denne gruppa. Forfattarane tenker at dette kan vere grunna det omfattande og fleksible designet av metoden, der ein kan skreddersy metoden til spesifikke behov hos barnet og familien.	1
	Sjølv om interessentar, leverandørar av tenester og omsorgspersonar rapporterte at det er kritisk nødvendig med å vere traumebevisst, verka det ikkje som om traume var innarbeida i eksisterande protokollar for terapi (behavioral health treatment) på nokon formell eller innholdsmessig måte.	3
	Funna i artikkel 3 viser at barnevernstilsette ikkje formidlar traumehistoriene til barna terapeutane (behavioral health providers). Funna viser også at terapeutane typosk brukar vurderingsverktøy som fangar opp dei mest vanlege åtferdsforstyringane, men at desse verktøya ikkje fangar opp traumer.	3
	Ifølgje forfattaren foreslår funn at terapi for å behandle traumer er sjelden for barn i skulealder og nærmast ikkje-eksisterande for barn 5 år og yngre. Forfattaren meiner dette er uheldig då det fins evidensbasert praksis for eldre barn (trauma-focused cognitive behavioral therapy) og yngre barn (trauma-informed play therapy), men dei meina også at det er mangel på tilbod som tilbyr dette.	3
	DSM systemet (diagnosesystemet) er basert påen biomedisinsk modell for mental helse, som t.d. kjemiske ubalansar i hjernen. Behandlingsprotokollar fokusera då på behandling som påverkar tankeprosessar (cognitive behavioral therapy) og/eller hjernefunksjon (psykotropisk medisin). Disse ideane er fundamentalt i strid med mange prinsipper i traumeperspektivet. I traumeperspektivet meiner ein at sosiale, emosjonelle og åtferdsmessige problem stammar frå traumer og at symptom som depresjon, sinne og mangel på merksemd er rimlege og tilpasningsdyktige reaksjonar til traumer. Av den grunn meiner forfattarane at forstyringane er lokallisert i miljøet og ikkje i barnet.	3
	Forfattaren meiner at fordi ein burde sjå på forstyringane som ein del av miljøet og ikkje barnet, så er passende behandling dei typane behandling som får barnet til å føle seg trygg og kan hjelpe barna å prosessere traumene dei har vore gjennom.	3
	Forfattarane viser til at gjennom sitt prosjekt har det vore ei aukingande utnytting av traumebevisste atferdshelsetjenester (behavioural health services)	4

Diagnose og kartlegging	Forfattere pekar på ei hindring for å implementere traumebehandling i helsesystemet på ein meningsfull måte; the Diagnostic og Statistical Manual of Mental Health Disorders (DSM). DSM er det etablerte systemet for å identifisere psykiske lidningar. For at barn skal få behandling må dei ha ein diagnose som tilseier at emosjonane og/eller oppførselene er unormal.	3
	Forfattere peiker på at funn viser at når traumeperspektivet og DSM perspektivet kollidera så vil DSM-systemet ignorere, beseirer eller velger vekk traumeperspektivet for å opprettholde dominansen. Behandlarar samler først og fremst informasjon om emosjonelle og atferdsmessige helsesymptomer når de tildeler en DSM-diagnose. I tillegg vil unnlattelsen av å ta hensyn til spesifikke traumehistorier ved fastsettelse av diagnose og behandlingsforløp til slutt redusere utnyttinga av behandling blant mishandlede barn.	3
	Studien som er gjort er begrensa i omfang og metode, men forfattere meiner likvel at DSM er ein barriere for TBO. Forfattere peiker på at det vil vere nyttig med inngange kvalitative undersøkingar for å finne ut om terapi (behavioral health providers) ser traumer og behandlar traumene i praksisen deira. Forfattere ynskjer også kvantitative undersøkingar som ser på kva type behandlingar som blir tilbode barn med traumehistorikk. Avslutningsvis ynskjer forfattere undersøkingar som identifiserer strategier for å dempe konflikten mellom disse perspektivene (diagnoseperspektiv og det traumebevisste perspektivet) og som oppstår i hverdagslige praksisbeslutninger angående diagnose, behandling og refusjon.	3
	Det er høgt sannsynleg at DSM vil bli rekonstruert eller erstatta (med DSM-V eller RDoC), men spørsmålet er om endringene vil bevege seg mot eller bort fra traumeperspektivet. Her understreka forfattere viktigeita av at traumespesialistar, dei som arbeidar med barna og dei som organisera barnevernet spelar ein rolle i utviklinga.	3
	Barn og ungdom kan bli betydelig skadet ved upassende bruk av psykotrope medisiner. Voldsutsatte og omsorgssviktede barn fortjener tjenester som forbedrer deres psykiske helse og livsforandringar. Vi kan ikke fortsette å lede dem gjennom et mentalt helsesystem som passer alle som er designet for å undertrykke symptomene på lidelse mens vi ignorerer etologien deres.	3
	Avgrensa bevissthet om kartleggingsverktøy for barnetraumer i nye saker var ikkje forutsett. Implementering av kartleggingsverktøy blir sett på som en kritisk komponent av traumbevisst omsorg innenfor barnevernssystemer	4
	Traumeskartlegging er viktig som et middel for å identifisere barn/ungdom som er i fare for en uønsket reaksjon på PTE-eksponering (Exposure to potentially traumatic events) samt for å identifisere barn/ungdom har behov for henvisning for ytterligere utredning eller tilgang til traumeinformerte tjenester. Begrenset bevissthet, i dette tilfellet, kan reflektere beslutninger om hvor du skal distribuere screening i CWS.	4