



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Traumebevisst omsorg i møte med barn utsatt for seksuelle overgrep / Trauma Informed Care in encounters with children exposed to sexual abuse

Ane Haugnes Simonsen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 43

Molde, 25.05.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Laila Nøsen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 25.05.2022

Antall ord: 9990

Forord

**”Det finnes ikke vanskelige barn,
bare barn som har det vanskelig”**

- Liv Berit Heimstad Tønnesen
(2016)

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon av tema	1
1.2	Relevans for vernepleieren	2
1.3	Avgrensning til tema	2
2.0	Problemstilling	4
2.1	Begrepsavklaring	4
2.1.1	Seksuelle overgrep	4
2.1.2	Barn	4
2.1.3	Traumebevisst omsorg	5
3.0	Metode	6
3.1	Litteratur og kildekritikk	6
3.2	Forforståelse	7
4.0	Teori	8
4.1	Senskader og konsekvenser av overgrepene	8
4.2	Traumebegrepet	10
4.3	Utviklingstraumer	11
4.4	Den tredelte hjernen	12
4.5	Toleransevinduet	14
4.6	Traumebevisst omsorg	15
4.6.1	Trygghet	15
4.6.2	Relasjon	17
4.6.3	Følelsesregulering	18
4.7	Vernepleierens kompetanse	20
4.7.1	Vernepleierens partnerrolle	20
4.7.2	Vernepleierens arbeidsmodell	21
5.0	Drøfting	23
5.1	Vernepleieren og traumebevisst omsorg	23
5.1.1	Trygghet	23
5.1.2	Relasjon	26
5.1.3	Følelsesregulering	28
6.0	Avslutning	31
7.0	Litteraturliste	33

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Tema for bacheloroppgaven er oppfølging etter seksuelle overgrep blant barn. ”Vold og overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem” (Helse- og omsorgsdepartementet 2021). Lindboe (2018) skriver at overgrep mot barn er en av de store samfunnsutfordringene våre, og påpeker at det er et undervurdert, men betydelig folkehelseproblem. Det er svært ødeleggende for de barna som utsettes for overgrep, da de står i stor fare for å utvikle psykisk og fysisk uhelse (Lindboe 2018).

Barns rettigheter skal være ivaretatt gjennom barnekonvensjonen. Barnekonvensjonen er FNs konvensjon om barns rettigheter, og blir ofte kalt barnas egen grunnlov. Dette er en internasjonal avtale, som Norge har fulgt siden 1991. I 2003 ble barnekonvensjonen gjeldende som norsk lov, og dersom de står mot hverandre går konvensjonen foran andre norske lover. Den gjelder for barn og unge under 18 år, og gir de rett til å ha en trygg og god oppvekst uansett forhold (Barne- og familiedepartementet 2020).

Gjennom artikkel 19 i barnekonvensjonen er myndighetene pålagt å iverksette tiltak som skal beskytte barn mot alle former for blant annet psykisk eller fysisk vold og misbruk. Artikkel 34 knytter seg direkte mot seksuelle overgrep, og pålegger myndighetene ”å beskytte barnet mot alle former for utnyttning og seksuelt misbruk” (Barne- og familiedepartementet 1991:25). Gjennom artikkel 42 er myndighetene videre pålagt å gjøre bestemmelser og prinsipper i konvensjonen kjent for både barn og voksne (Barne- og familiedepartementet 1991).

Likevel oppgir Hafstad og Augusti (2019) at litt over 1 av 20 har opplevd seksuelle overgrep fra en voksen. I følge Barbaree & Marshall 2006; Bonner 2006; Långström 2000 i Ingnes og Kleive (2011) er mellom 30 til 50 prosent av alle overgrep mot barn begått av andre barn og unge.

Som tilnæringsmetode for oppfølging av barn utsatt for seksuelle overgrep har jeg valgt å fokusere på ”traumebevisst omsorg” (TBO) i oppgaven. Traumebevisst omsorg er utviklet av australske Howard Bath, og bygger på tre pilarer. Disse er trygghet, relasjon og følelsesregulering (Søftestad 2018). Dette er en tilnæringsmetode som ikke har noen negative skadevirkninger, og kan benyttes uavhengig av om barnet er traumatisert eller ikke (Andersen 2014).

1.2 Relevans for vernepleieren

Vernepleierens kompetanse er unik, da det er den eneste profesjonen med kombinert helse- og sosialfaglig kompetanse. Kompetansen bygger på sosialfag, psykologi, juss, helsefag og pedagogikk. Dette gjør vernepleieren i stand til å jobbe på mange ulike felt, og flere av de tett knyttet til barn. Dette kan være for eksempel barnehage, skole eller barnevernstjenesten (FO 2017). De konsekvensene som fører med barna som utsettes for seksuelle overgrep kan være så alvorlig og store. Å ha kunnskap om seksuelle overgrep, hvilke tegn en skal se etter, hvordan man møter barnet og hvordan man handler og hjelper de mot en bedre hverdag, vil derfor kunne være viktige faktorer om vernepleieren arbeider med barn.

1.3 Avgrensning til tema

Tema for oppgaven er avgrenset til å omhandle hvordan en som vernepleier kan bruke traumebevisst omsorg i møte med barn utsatt for seksuelle overgrep. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til seksuelle overgrep og ikke omsorgssvikt og vold generelt av flere grunner, selv om symptomene er det samme som vold og overgrep. Blant annet på grunn av omfanget som nevnt tidligere; at 1 av 20 har opplevd seksuelle overgrep fra en voksen (Hafstad og Augusti 2019). Søftestad (2018) skriver også om hvordan forhold ved samfunnet bidrar til at seksuelle overgrep ugyldiggjøres. Dette begrunnes i at seksuelle overgrep blir sett på som tabu i samfunnet, og dermed ugyldiggjøres. Videre nevner Søftestad (2018) faktorer ved fagpersoner som gjør det spesielt vanskelig å forholde seg til

seksuelle overgrep, som blant annet; bagatellisering, problemflytting, projisering av utilstrekkelighet, handlingslammelse og tilbaketrekning.

Jeg har valgt å avgrense målgruppen av tjenesteytere til å bare omhandle vernepleiere, for å gjøre det mest relevant for min utdanning. Som Jacobsen (2010) skriver må man avgrense for å kunne gå i dybden. Det er flere måter å møte barn som er utsatt for seksuelle overgrep på, men for kunne utdype meg mest mulig på ett område har jeg valgt å benytte meg av en konkret tilnæringsmetode, altså truamebevisst omsorg for målgruppen barn som er utsatt for seksuelle overgrep.

Avgrensningen min kan også være en svakhet for oppgaven. For eksempel vil barn utsatt for krig kunne være like traumatiserende og viktig at en har kunnskap om. Men på grunn av omfanget og ugyldiggjøringen i samfunnet rundt seksuelle overgrep, velger jeg å ha fokus på dette.

2.0 Problemstilling

Problemstillingen for bacheloroppgaven min er: ”Hvordan kan vernepleieren bruke traumebevisst omsorg i møte med barn utsatt for seksuelle overgrep?”

2.1 Begrepsavklaring

2.1.1 Seksuelle overgrep

Det finnes mange definisjoner på seksuelle overgrep. Hafstad og Augusti (2019:81) definerer seksuelle overgrep slik: ”Seksuelle overgrep kan defineres som enhver seksuell handling som offeret ikke har samtykket til, eller har blitt presset eller manipulert til å ta del i”. Straffeloven kapittel 26 (2009) beskriver reglene for seksuallovbrudd. I straffeloven skilles det mellom tre kategorier av seksuelle overgrep. Dette kan være alt fra seksuelt krenkende atferd (§298 og §305), seksuell handling (§297 og §305), seksuell omgang (§299, §302 og §303) eller voldtekt (§299, §300 og §301). Videre skriver Søftestad (2018) at seksuelle overgrep kan føre til skader og konsekvenser, samt at det kan være vanskelig å oppdage. I oppgaven omhandler seksuelle overgrep alle typer overgrep der barn misbrukes seksuelt, uavhengig av relasjon til den som misbraker. Som Søftestad (2018:22,23) skriver: ”det finnes derfor ikke én definisjon som inneholder alle de forhold som er avgjørende for å forstå kompleksiteten seksuelle overgrep mot barn representerer”.

2.1.2 Barn

Definisjonen på begrepet barn vil i følge Søftestad (2018) variere i denne sammenhengen. Den seksuelle lavalderen i Norge er 16 år (Politiet), og i følge barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2020) er seksuelle overgrep ”enhver seksuell handling utført mot barn under 16 år”. Samtidig er ”barn” i norsk juridisk forstand personer under 18 år (Barne- og likestillingsdepartementet 2016). Søftestad (2018) forklarer at personer under 18 år er under foreldrenes/foresattes myndighet og omsorg, og at de da vil være avhengige av beskyttelse fra barneverntjenesten dersom foreldrene/foresatte ikke klarer å beskytte barna

sine mot overgrep, eller om de selv forgriper seg. Jeg har i denne oppgaven derfor valgt å definere barn som personer fra 0-18 år.

2.1.3 Traumebevisst omsorg

Hopper, Bassuk og Olivet (2010:82) oversatt i Jørgensen og Lillevik (2016:189) definerer traumebevisst omsorg slik:

Traumebevisst omsorg er et styrkebasert rammeverk som er forankret i en forståelse av og respons på virkningen av traumer. Den legger vekt på fysisk, psykisk og følelsesmessig trygghet for både omsorgspersonen og den traumeutsatte, og har til hensikt å skape muligheter for den traumeutsatte til å gjenoppbygge kontroll og mestring av egne indre og ytre livsbetingelser.

De tre grunnpilarene traumebevisst omsorg er: trygghet, relasjon og følelsesregulering (Jørgensen og Lillevik 2016).

3.0 Metode

3.1 Litteratur og kildekritikk

Bacheloroppgaven min er et litteraturstudie. Litteraturstudie er i følge Jacobsen (2010) undersøkelsesdesign basert i sekundærdata. Det vil si at studien baserer seg på det andre har publisert i artikler, bøker eller rapporter. Hensikten med litteraturstudier er å få fram kunnskapsstatusen på et visst område. Thidemann (2019:77) skriver at ”litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder”. Det vil si å samle inn, går kritisk gjennom den og sammenfatte litteraturen du har funnet (Magnus og Bakketeig 2000 i Thidemann 2019).

I innsamlingen av data har jeg brukt ulike databaser. Jeg har brukt mest Oria. Der brukte jeg søkeordene: barn, seksuelle overgrep, seksuelle overgrep mot barn og traumebevisst omsorg/tilnærming. Jeg har brukt søkeordene både alene og kombinert. For å avgrense søket valgte jeg å krysse av for bare artikler, bøker eller avhandlinger. På de avhandlingene jeg så på gikk jeg gjennom litteraturlisten for inspirasjon til litteratur jeg kunne bruke.

I innhenting av data har jeg også benyttet meg mye av anerkjente nettsider som barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Folkehelseinstituttet (FHI), Nasjonalbiblioteket, NOK, Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Regjeringen sine sider og søkt etter data der med de samme søkeordene som nevnt over.

Metoden jeg har brukt i bacheloroppgaven er kvalitativ forskningsmetode, som i følge Jacobsen (2010) er data i form av uttrykk, ord og setninger. I følge Aadland (2011) kommer den kvalitative tilnærmingen av den hermeneutiske tradisjon. Med det menes at materialet man jobber med fortolkes så innsiktsfullt og kreativt som mulig. ”En vesentlig forutsetning for å benytte den hermeneutiske innfallsvinkel til å tolke og forstå er at forskeren har selvinnsikt i sin egne forforståelse” (Aadland 2011:181). Forforståelsen min skriver jeg om lenger ned i oppgaven.

En annen metode jeg har benyttet meg av i innhenting av data er snøballmetoden. ”Snøballmetoden brukes for å beskrive en utvalgsmetodikk hvor man begynner med et lite utvalg (”førstekontakter”), som gradvis vokser ved at forskeren får tips til nye informanter fra førstekontaktene” (Tjora 2012:151). I dette tilfellet vil det si at jeg har brukt en kilde, som for eksempel en artikkel, til å finne andre relevante kilder. Jeg har blant annet kommet inn på flere rapporter gjennom ulike artikler.

Jeg har også vært kildekritisk i innhenting av data og hva jeg har med. Kildekritikk handler i følge Dalland og Trygstad (2013) om å karakterisere og vurdere kildene som benyttes. En kan si at de metodene en bruker for å fastslå om en kilde er sann, er kildekritikk. For å sikre validitet, altså gyldighet, i datainnsamlingen har jeg bevisst lett etter nyere bøker og artikler. De aller fleste er fra etter år 2010. For å sikre reliabilitet, altså pålitelighet, har jeg søkt i godkjente databaser og sjekket at artiklene jeg finner er fagfellevurdert (Dalland og Trygstad 2013).

3.2 Forforståelse

Vi møter en tekst med ett sett av forutinntatte meninger og holdninger, altså vår forforståelse. Det er forforståelsen som avgjør om vi finner mening i en tekst, for uten en forutgående forestilling å tolke teksten ut ifra, vil inntrykkene være usammenhengende og kaotiske (Aadland 2011). Jeg har lært lite om temaet gjennom min skolegang, men interessen for barn og seksuelle overgrep har vært der lenge. De grusomme historiene jeg har lest om barn som har vært utsatt for seksuelle og som har blitt framstilt i media, preger forforståelsen min når jeg skal skrive denne oppgaven. Jeg har gjennom det fått inntrykk av at dette er noe som preger de utsatte barna i lang tid og får store konsekvenser. Forforståelsen min vil prege min tolkning av teksten jeg leser. Gjennom det jeg har lært og erfart på studiet om miljøarbeid, tenker jeg at det må være mulig å gjøre noe for disse barna. Hva kan man gjøre for at barn utsatt for seksuelle overgrep kan få det bedre, og hvordan kan man forebygge skadevirkningene?

4.0 Teori

4.1 Senskader og konsekvenser av overgrepene

Senskader vil si de skadene og konsekvensene som viser seg etter at de seksuelle overgrepene har sluttet. Psyken trenger ofte tid til å bearbeide det man har opplevd etter at man har blitt utsatt for enkelt eller gjentatte traumer. Senskader kan oppstå både om man fortrenger traumet, og om man husker det, fordi selv om man fortrenger eller glemmer, så vil kroppen alltid huske det (Aasland 2014).

En av senskadene som kan oppstå etter seksuelle overgrep fra en tillitsperson kan, i følge Aasland (2014), være tap av tillit. Det kan være vanskelig å stole på andre voksne de kjenner og møter, og at du vil hjelpe. På grunn av dette kan det ta lang tid for utsatte barn å bygge opp et tillitsforhold til andre. Aasland (2014) nevner videre begrep som relasjonsskade og tilknytningsskade som typisk for de som i barndommen har vært utsatt for seksuelle overgrep av en tillitsperson.

Andre senskader som kan oppstå av seksuelle overgrep er skam og skyldfølelse. Dette kan komme av at barnet selv oppsøkte overgriperen eller ikke klarte å si nei. Dette kan være fordi overgriperen ga barnet både oppmerksomhet og nærhet. Skam og skyldfølelse kan også oppstå fordi barnet fikk orgasme under overgrepene (Aasland 2014).

Dersom barn ikke får bearbeidet traumene fra barndommen kan mange slite med egen seksualitet. Noen kan blant annet få problemer med å selv få orgasme, fordi de sliter med flash backs av overgrepene eller overgriper i det orgasmen nærmer seg. Det kan gjøre at kroppen går i fullstendig lås. En kan også oppleve uvanlig mye sekslyst eller overdrevent fravær av sekslyst. Å vite hvor grenser går i forhold til andres seksuelle behov, og sette egne grenser kan også være problematisk. Det samme kan problemer knyttet til intime relasjoner og seksuell preferanse (IBID).

Seksuelle overgrep kan også føre til prostitusjon. Dette kan henge sammen med en annen senvirkning av seksuelle overgrep, nemlig rusmisbruk. Mange ruser seg fordi de vil

komme bort fra den vonde virkeligheten en stund og glemme det som har skjedd. Å ruse seg krever at man har penger til å kunne gjøre det, prostitusjon kan derfor være en løsning noen velger for å få råd til rus. Andre grunner til prostitusjon kan være selvforakt, følelse av kontroll over situasjonen siden de selv velger når sex kan skje eller at de føler det er det eneste de mestrer. Flere kan også havne i kriminelle miljø, fordi de ikke makter krav som jobb, utdanning og kollegaer (IBID).

Spiseforstyrrelser er en annen senskade som kan oppstå etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. Av personer med spiseforstyrrelser har rundt 30% vært utsatt for seksuelle overgrep. Dette kan skyldes en følelse av at kroppen er tykk, stygg og ekkel og noen ønsker ikke kvinnelige former. Det kan også forklares i at noen ønsker kontroll over kroppen sin (IBID).

Alvorlige traumer hos barn og ungdom kan også føre til selvskading, for eksempel med å skjære seg opp på ulike kroppsdeler, lugge og rive av seg hår eller brenne seg selv. Små barn kan dunke og slå hodet mot for eksempel gulv og vegg. Noen ganger kan den terroren barnet går gjennom med den sterke redselen og følelsen av å alltid være på vakt bli så tung at det ender med selvmordsforsøk og selvmord (IBID).

Andre senskader som kan oppstå av å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep er mani, nevroser, sosial isolasjon, aggresjon, humørsvingninger, angst, depresjon, hyppig skifte av venner, vondt i kroppen, destruktive parforhold og at de selv begår overgrep (IBID). Kirkengen og Næss (2021) nevner også selvforakt, selvdestruktivitet, avmakt, psykose, hallusinasjoner, posttraumatisk stress-lidelse (PTSD) og dissosiative lidelser som mulige skadevirkninger. ”Et barn som krenkes i sin verdighet, blir til en voksen som ikke verdsetter liv og helse” (Kirkengen og Næss 2015:53).

Skadeomfanget etter seksuelle overgrep vil også variere. Noen barn vil til tross for negative miljømessige faktorer og/eller store påkjenninger se ut til å klare seg bra. Dette kalles resiliens. Søftestad (2018:85) beskriver resiliens slik:

Resiliens handler om prosesser som involverer et kontinuerlig samspill mellom individ og miljø som gjør at barnets utvikling når et tilfredsstillende resultat, til tross

for at barn har hatt erfaringer som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik.

Personlighetstrekk hos barn som viser få skadevirkninger er, i følge Søftestad (2018), blant annet sterk selvtillit, gode atferdsmessige og kognitive ferdigheter, følelse av kontroll og styring i livet sitt, evne til å skyld på overgriperne og ikke seg selv, selvkontroll og evne til å tilpasse seg ulike kontekster. Dette er faktorer som utvikles i samspill med en omsorgsperson som har gitt barnet reguleringsstøtte, positiv tilknytning og stimulering. Videre skriver Søftestad (2018:86) at ”de overgrepsutsatte barna som har hatt minst én voksen de har følt seg trygg på, sett av og være knyttet til, har mindre alvorlige skader og større muligheter til tilfriskning”.

4.2 Traumebegrepet

For å forstå følgene av overgrep i barndommen er traumebegrepet sentralt. Saakvitne et al. (2000) i Søftestad (2018) definerer traume slik:

Traume er en hendelse eller vedvarende betingelser som overvelder personens kapasitet til å integrere den emosjonelle opplevelsen, og som oppleves som en trussel mot eget, eller nære andres, liv eller kroppslig integritet

Traumebegrepet blir blant annet delt inn i enkelttraume eller akutte traumer og komplekse traumer eller kroniske traumer. Ved enkelttraume eller akutte traumer skjer faren uforberedt og helt plutselig på den utsatte personen. Det er også traumer som forekommer én gang i personens liv, som for eksempel én grov voldtekt. Komplekse eller kroniske traumer brukes for eksempel når en person blir utsatt for flere overgrep over en lengre tidsperiode. Under slike omstendigheter vil barna leve med en kronisk frykt for å bli misbrukt, da det alltid er en risiko for at det kan skje overgrep. En kan derfor si at barnet lever i en situasjon som er traumatiserende (Søftestad 2018).

Et annet begrep innen traumebegrepet er relasjonstraume. Relasjonelle traumer er sår påført av personer som står deg nær (Rosten 2020). Overgriperne til de utsatte barna er ofte en de har en relasjon eller tillit til, som foreldre eller andre familiemedlem. Gjennom

slike relasjonstraumer kan barnet utvikle relasjons- eller tilknytningstraume (Søftestad 2018).

Utviklingstraume er ett nytt begrep i norsk sammenheng. Det integrer både omsorgssviktbegrepet og traumebegrepet. Utviklingstraumer understreker derfor de alvorlige konsekvensen av å utsettes for både omsorgssvikt og traumer. Barn som opplever traume i en utviklingssensitiv periode av livet, vil forstyrre den naturlige utviklingen til barnet (Søftestad 2018).

For å unngå mulige misforståelser knyttet til traumebevisst omsorg, vil det å nyansere og redefinere traumebegrepet være en viktig del av en oppklaringsprosess. Dette begrunner Rosten (2020) i at traumebegrepet er utydelig definert, brukes i for mange tilfeller og at det er mye vi ikke forstår. Dette krever derfor at miljøarbeideren må benytte og tolke klinisk litteratur og forskning med forsiktighet og klokskap (Rosten 2020).

4.3 Utviklingstraumer

Traumatisk stress sensitiviserer og utvikler de nettverkene og nevrale strukturene som er involvert i utløsningen av alarmreaksjoner. De nevrale strukturene eller nettverkene som skal bufre eller modulere slike alarmreaksjoner kan være underutviklet dersom barnet har opplevd sviktende reguleringsstøtte i oppveksten. Den belastningssituasjonen som oppstår når kronisk traumatisk stress og sviktende reguleringsstøtte opptrer sammen, kalles utviklingstraumer (Nordanger og Braarud 2017).

Når den som overgriper og setter i gang disse alarmreaksjonene, også er den som skal gi trygghet og hjelpe barnet med å regulere affekter kan dette få konsekvenser for barnet. Da blir barnet satt til å regulere alarmreaksjonene selv, uten å ha de nevrale forutsetningene for det, noe som gjør belastningssituasjonen stor for barnet. Det kan også være situasjoner der barnet opplever overgrep fra andre enn omsorgspersonene, men at foreldrene er opptatt med egne vansker og behov, og ikke kan trygge og bistå med affektregulering. ”Det er slike betingelser som kan føre til at barn opplever grunnleggende utrygghet og uforutsigbarhet, og utsettes for store stressbelastninger i kombinasjon med svikt i reguleringsstøtten av den frykten disse belastningene vekker” (Nordanger og Braarud

2017:74). Begrepet utviklingstraumer blir dermed dekkende, da slike traumer griper inn i og forstyrrer den grunnleggende utviklingen til barnet (Nordanger og Braarud 2017).

De nevrobiologiske implikasjonene av utviklingstraumer viser at hjernen til barna som utsettes for utviklingstraumer gjenspeiles av at den har fått for lite av det positive og for mye av det negative. Følgene for barn med utviklingstraumer vil være at de ofte får et hypersensitivt og overutviklet alarmsystem, i kombinasjon med at reguleringsystemet er svakt og underutviklet. ”Et sensitivt alarmsystem og et underutviklet reguleringsystem vil innebære lett utløsbare alarmreaksjoner som ”løper løpsk” fordi barnet mangler nevrale forutsetninger for å kunne regulere affekt” (Nordanger og Braarud 2017:92).

Konsekvensene av dette vil være at barnet derfor lett kan bli sittende fast i overlevelsmodus, som kan være både hyper- eller hyporeaksjoner (Nordanger og Braarud 2017).

I en omsorgskontekst der støtten til affektregulering svikter, svikter ofte støtten til regulering av andre tilstander også. Konsekvensene av utviklingstraumer kan derfor gi store utslag og ramme kroppslige, sosiale, fysiologiske, emosjonelle, kognitive, atferdsmessige og motoriske funksjoner (Nordanger og Braarud 2017).

4.4 Den tredelte hjernen

Paul MacLean (1985) i Nordanger og Braarud (2017) presenterte på 1960-tallet ”The triune brain”, altså den tredelte hjernen. Disse tre nivåene er overlevelseshjernen eller reptilhjernen (hjernestammen), emosjonshjernen (det limbiske system) og logikkhjernen (neokorteks). Denne modellen er sentral for å forstå hvordan hjernen bearbeider og organiserer erfaringer (Nordanger og Braarud 2017).

Overlevelseshjernen styrer blodtrykk, hjerterytme, metabolisme, respirasjon. Denne delen av hjernen er fullt ut operativ og funksjonell allerede ved fødsel, da den styrer de grunnleggende overlevelsfunksjonene (Nordanger og Braarud 2017). Søftestad (2018:79) skriver at overlevelseshjernen ”inneholder celler som er involvert i forsvarssystemet vårt som iverksettes ved fare, og at den er involvert i å ta imot og viderefremme signaler fra kroppens sansemotoriske system”. Overlevelseshjernen

oppgave er å påse at kroppen er på riktig nivå av aktivering i forhold til situasjonen en er i (Søftestad 2018).

Emosjonshjernen styrer blant annet tilknytningsatferd, alarmreaksjoner og grunnleggende følelser som lyst, sinne og frykt (Nordanger og Braarud 2017). Søftestad (2018) skriver også at hukommelse ligger i denne delen av hjernen. Dette er faktorer som er nyttige for tilpasning og overlevelse. Det er det limbiske system som gjør at vi kan kjenne igjen andres følelsesuttrykk. De lavest liggende delen av denne hjernen er også utviklet allerede ved fødsel, som for eksempel igangsettelsen av stressreaksjoner. Dette er hjerneprosesser som er automatisert, og kan opptre uten at en er bevisst på det (Søftestad 2018). De mer høyreliggende og avanserte områdene av emosjonshjernen kobles opp over et mye lengre tidsspenn (Nordanger og Braarud 2017).

I neokorteks ligger blant annet evne til resonering, bevissthet, språk, kommunikasjon og viljestyrte handlinger (Nordanger og Braarud 2017). Dette er i følge Søftestad (2018) den mest avanserte delen av hjernen. Videre skriver hun at den er avhengig av erfaring og stimulering for å utvikle seg. Den fremste delen av neokorteks, pannelappen, utvikles helt fram til ut i tyveårene, i følge Nordanger og Braarud (2017). Søftestad (2018) skriver at pannelappen er særlig interessant for de som fokuserer på barn utsatt for traumer. Dette begrunner hun i at det er her systemene for regulering av tilknytningsmønstre gjennom sosiale relasjoner, evne til å plassere hendelser i nåtid eller fortid, regulering av emosjoner, evne til å integrere og forstå hukommelsesbilder og mulighet til å utvikle og opprettholde selvforståelse ligger (Søftestad 2018).

Alt tyder på at hjernen forandrer og former seg av erfaringer gjennom hele livet, altså at den har nevroplastisitet. ”Samtidig er trolig de områdene som allerede har funnet en etablert organisering, mindre foranderlige enn de som er under utvikling” (Perry 2006 i Nordanger og Braarud 2017:55). Hjernen blir mindre plastisk og fleksibel dess eldre man blir. Det vil si at de nivåene av hjernen som er dypest og evolusjonsmessig eldst er mindre plastisk enn de evolusjonsmessig yngste og mer høyreliggende. I følge Nordanger og Braarud (2017) vil det si at eksempelvis de limbiske områdene som styrer grunnleggende affekter, vil være mindre fleksibel enn for eksempel språklige områder, som er veldig fleksibel. Dette kan ”ha betydning for hvilken hjelp utviklingstraumatiserte barn kan nyttiggjøre seg” (Nordanger og Braarud 2017:57).

4.5 Toleransevinduet

”Toleransevinduet viser til en sone eller et spenn som representerer optimal aktivering – ikke for høyt og ikke for lavt” (Nordanger og Braarud 2017:38). Nordanger og Braarud (2017) skriver at det er i denne sonen både voksne og barn har en ideell oppmerksomhet mot situasjonen vi er i, og mot andre mennesker. Hyperaktivert tilstand vil si at en er over toleransegrensen, med forhøyet respirasjon, hjerterate og muskeltonus. Hypoaktivert tilstand er når man er under grensen, med redusert respirasjon, hjerterate og muskeltonus. Grensene for hyper- eller hypoaktivering påvirkes av erfaringer og emosjonell tilstand, og medfødte faktorer som temperament. Erfaringer fra det tidlige samspillet med primære omsorgsgivere vil også spille inn på individets fleksibilitet og spennvidde av toleransevinduet. Grensen vil derfor variere fra person til person. Andre faktorer som har betydning for grensene i toleransevinduet er sosial kontekst. Det begrunner Nordanger og Braarud (2017:39) i at ”de fleste tåler mer når de er sammen med noen de er trygge på.”

”Toleransevinduet er en god illustrasjon for å vise hva som kan skje i barn som utsettes for komplekse traumer som seksuelle overgrep, og for triggere som minner barnet om en farlig situasjon” (Søftestad 2018:83). Triggere kan være for eksempel en lukt, en dialekt, en farge, en lyd, eller et bilde (Andersen 2014). Når barnet befinner seg i øvre del av toleransevinduet, altså hyperaktivert, kan mennesker som er tilstede med barnet se uttrykk som utagerende handlinger, rastløshet, følelsesmessig kaos, eksplosiv aggresjon og kroppslig uro. Dersom barnet er i nedre del av toleransevinduet, altså hypoaktivert, kan man se uttrykk som tomhet, passivitet, handlingslammelse, fjernhet, tristhet osv. ”Barn som ikke får reguleringsstøtte lever med et toleransevindu som forblir smalt” (Søftestad 2018:84).

Konsekvensene av utviklingstraumer er et smalt toleransevindu, der grensen for å havne på under- eller oversiden av vinduet er liten. Når barnet da også har svekket reguleringskapasitet, kan det føre til at hypo- eller hyperreaksjonene blir for overveldende og uhåndterlig for barnet. ”Barnet må være innenfor toleransevinduet sitt for å kunne allokere sine ressurser til å eksplorere og tilegne seg nye ferdigheter” (Nordanger og Braarud 2017:150).

4.6 Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg (TBO) er som nevnt innledningsvis utviklet av australske Howard Bath. Denne tilnærmingen har som målsetning å hjelpe barn som har vært utsatt for komplekse traumer med de konsekvensene som følger. Et av poengene i TBO er at det skal være en felles måte å forholde seg til barnet på av hele omsorgssystemet, og TBO kan derfor utøves uavhengig av utdanning eller om man står i en terapeutisk setting. Dønnestad og Seinkopf (2017) skriver også at TBO har like mye fokus på fungeringen til den voksne, som smerten til barnet. TBO bygger på tre grunnpilarer, som representere hovedoppgaven til de som yter omsorg. De tre pilarer er trygghet, relasjon og følelsesregulering, og krever høy grad av bevissthet og utvikling av ferdigheter og strategier (Søftestad 2018).

4.6.1 Trygghet

Trygghet handler om at barnet lever i omgivelser der det føler seg rolig, beskyttet og har mulighet til å delta i utviklingsfremmende aktiviteter (Søftestad 2018). Bath deler trygghetsbegrepet i fysisk trygghet, relasjonell trygghet, emosjonell trygghet og kulturell trygghet (Thorkildsen 2020).

Fysisk trygghet handler om at visse omgivelser og situasjoner kan være ubehagelige for personer som har opplevd traumatiske hendelser. Tidligere erfaringer kan gjøre at steder som fysisk sett er trygge, oppleves som utrygt. Å være i beredskap konstant, og hele tiden føle på en utrygghet, kan føles ubehagelig og utmattende, i tillegg til at det hemmer mennesker å være tilstede i livet. ”Når vi klarer å legge til rette for barnas behov for trygghet, legger vi til rette for videre utvikling og læring” (Thorkildsen 2020).

Relasjonell trygghet handler om at barn som har hatt problematisk eller manglende tilknytning til andre, vil ta erfaringene med seg inn i nye relasjoner. Noen kan ha erfaring med voksne som er voldelige, høylytte, fraværende, ustabile, neglisjerende og ustabil, eller erfaringer med uforutsigbare og brå endringer og mange brudd. Som voksen må man finne løsninger som kan bidra til å styrke den relasjonelle tryggheten til barn som strever med dette (IBID).

Emosjonell trygghet omfatter å møte barnets følelsesmessige behov. En skal gi ubetinget støtte, se bakenfor handlingene og tro på at barnet gjøre sitt beste. Hjelperen må forstå at når barnet reagerer med uheldige følelsesuttrykk så er det et uttrykk for utrygghet, og ikke et forsøk på manipulasjon. Barnet har behov for en voksen som kan bistå med å regulere de vonde følelsene. ”Da blir det litt mindre vondt for den det gjelder, og det blir mye bedre for omgivelsene” (IBID).

Kulturell trygghet handler om at det er viktig for barn å føle seg som en del av flokken og være som de andre. ”Kultur er et uttrykk for hvilken atferd som betraktes som normal eller representativ i et gitt miljø” (Thorkildsen 2020). Barnet har derfor behov for voksne som kan hjelpe de med å føle seg inkludert (IBID).

Trygghet er avgjørende for god utvikling gjennom hele livet. Det er trygghet den nevrane grunnmuren skal bygges på. Uten trygghet og stabil omsorg vil overlevelshjernen trumfe læringshjernen, fordi barnet ikke evner å redusere sin trusselberedskap. Å skape trygghet for barn med utviklingstraumer kan være utfordrende. Dette fordi selv om rammen og omsorgsbasen rundt barnet er objektivt trygg, betyr ikke dette at barnets subjektive opplevelse av omsorgsbasen og rammen er trygg. ”For at barnet skal oppleve trygghet, må man så langt som mulig prøve å identifisere og begrense det som finnes i dets omgivelser av mulige triggere for stress og negativ affekt” (Nordanger og Braarud 2017:150). Kilden til utrygghet, og det som utløser stress- og alarmreaksjoner, er ofte mennesker og trekk ved omsorgspersonen. Dette gjør arbeidet med å skape trygghet for barnet enda mer utfordrende (Nordanger og Braarud 2017).

”Trygghet er det vante, det rutinemessige, det er planlegging og god tid til forberedelse når endring fra hverdagens rytme er nødvendig” (Søftestad 2018:89). Videre skriver Søftestad (2018) at det å skape trygghet i stor grad handler om konkret tilrettelegging i nært samarbeid med det enkelte barn. En må identifisere det som trigger alarmsystemet til barnet, slik at en videre kan tilrettelegge for størst mulig grad av unngåelser av disse triggerne (Søftestad 2018). Thommessen og Neumann (2019) skriver at det vil også være viktig at barnet føler at det har innsikt i prosesser som omfatter en selv og opplever medbestemmelse i eget liv. Som Andersen (2014) skriver er tap av kontroll tett forbundet

med utrygghet, noe som gjør det avgjørende at barnet opplever at det har kontroll over eget liv.

4.6.2 Relasjon

Andre pilar handler om å ha gode relasjoner, som varer over tid (Thorkildsen 2020). Andersen (2014) skriver at for å ha sunne relasjoner må man være trygge på hverandre, samt stole på at den andre tar våre følelser, perspektiver og opplevelser på alvor. En god relasjon mellom den som skal hjelpe og den som søker hjelp er avgjørende for om hjelpen blir opplevd som god.

Thomessen og Neumann (2019) skriver at hjelperens oppgave er å være tydelig, åpen og skape tillit slik at de dårlige erfaringene og følelsene som traumatiserte barn har med voksenrelasjoner fra tidligere kan endre seg. Tillit er i følge Skau (2017) grunnleggende i relasjoner mellom mennesker. Videre skriver hun at tillit er noe en verken kan forutsette eller kreve, men gjøre oss fortjent til, igjen og igjen. Hun påpeker også at tillit ikke kan vinnes en gang for alle, og at den kan rives ned brått. Videre påpeker Thomessen og Neumann (2019) at hjelperen må ha kunnskap om seg selv og sine egne samhandlingsmønstre og følelser for å kunne klare å skape en god relasjon og gi trygghet til barnet.

Hvilke metoder fagpersonen tar i bruk har mindre betydning enn relasjonen. Å kunne søke trøst, støtte og hjelp når man har det vanskelig hos et menneske som barnet stoler på, er viktig for blant annet følelsesmessig støtte, anerkjennelse av opplevelsen til barnet og for integrering og bearbeiding av vonde opplevelser (Andersen 2014).

”Det kan hevdes at tidlig traumatisering fra nære omsorgspersoner ødelegger trygghetsreguleringssystemet og undergraver barnets mulighet til å bruke relasjoner til å etablere trygghet” (Andersen 2014:60). Som nevnt tidligere i oppgaven kan relasjonen til mennesker være en trigger for utviklingstraumatiserte barn. Hjemmen, Bræin og Brynhildsen (2015) skriver at dette kan gjøre det utfordrende å skape tillit og allianse med barn som har relasjonsskader. Videre nevner Andersen (2014) at det ikke bare handler om barnets usikkerhet rundt å kunne stole på andre, men at det også handler om barnets evne

til å stole på egne vurderinger. Å ikke kunne vurdere andre mennesker og intuisjonen skriver Andersen (2014) er et betydelig sosialt handikap. Dette gjør at hjelperen må tilrettelegge for at barnet skal erfare at hjelperen vil dem vell, og at det er en ufarlig relasjon, noe som vil kreve mye av hjelperen. At barnet får en slik erfaring med relasjoner vil være avgjørende for at traumer kan leges. Det er mange krefter som jobber mot at relasjonen skal holde, da traumatiske minner foretrekker isolasjon over relasjon (Andersen 2014).

Gustumhaugen (2017) skriver om det å tro på at barnet er interessert i deg når det avviser. Tilhørighetserfaringen til barnet tilsier at hjelperen også er en av dem som ikke har gitt barnet tillit til seg selv, og dermed avviser det. Ut i fra dette må avvisningen til barnet forstås som en del av et overlevelseshmønster og da uttrykk for en ressurs. Godt miljøarbeid ved avvisning fra barnet vil være at en som miljøterapeut unngår overveldelse både for seg selv og barnet. Det vil si at en må passe på å ikke trigge barnets sårbare grenser.

Gustumhaugen (2017) anbefaler da å ikke gå for nært barnet, men møte det med distanse, samt framstå avslappet. Du må la barnet registrere at de har blitt sett og at du er til stede. Barn som strever leser lett psykologiske spenninger hos andre, for eksempel om det er overhyggelige, overspente eller påtatt sure og gretne for å markere seg. Det er derfor viktig at du som miljøterapeut opptrer avslappet. ” Du må med andre ord unngå at du aktiverer den hypersensitiviteten som nesten alltid ligger der hos det relasjonsusikre barnet” (Gustumhaugen 2017:93).

Gjennom vennlig, god og repeterende kontakt som ikke påvirkes av avvisning fra barnet, fører til at det skjer noe med hjernen til barnet. Tidligere erfaringer kan fortelle barn at de blir forlatt, men gjennom repeterende bevis på at det ikke blir forlatt tross avvisning, vil kunne gjøre barnet tryggere. Derfor er det avgjørende å jobbe over tid, noe som igjen kan hjelpe barn til å skape relasjoner i andre omgivelser (Dønnestad og Steinkopf 2017).

4.6.3 Følelsesregulering

Tredje pilar i TBO er følelsesregulering. Reguleringsutviklingen til barn som har hatt en vanskelig start på livet kan være forsinket. ”Barn som ikke har fått hjelp til å regulere egne følelser vil ofte slite med å regulere seg selv” (Thorkildsen 2020). Her vil den viktigste

oppgaven til den voksne være å hjelpe barnet til å regulere følelsene sine. For å forstå hva som setter i gang en handling må en se bak selve handlingen, som igjen kan hjelpe oss med å forstå hvordan vi kan forhindre uheldige hendelser. Gjennom å regulere følelsene, blir også handlingene regulert. Ved å hjelpe barn med å sette ord på det de opplever, og regulere vonde følelser vil de få trening i å selv regulere følelsene (Thorkildsen 2020).

Andersen (2014) skriver at det å regulere følelsene våre er svært viktig for å kunne fungere godt i samspill med andre, samt i eget liv. Å miste evnen til å regulere følelsens varighet og intensitet er den mest signifikante konsekvensen av tidlig relasjonelle traumer. ”Når mennesker som skulle ha vært kilden til trøst samtidig har vært en stor trussel, er faren stor for at barna senere i livet får betydelige problemer med å ta i mot hjelp til selvtrøst” (Andersen 2014:61).

Videre skriver Andersen (2014) at vårt viktigste signalsystem er følelsene, men signalsystemet krever at vi kan kjenne igjen og identifisere følelsene våre, noe mange seksuelt misbrukte barn kan ha problemer med. Dårlig utviklet følelsesregulering kan føre til at det er lite som skal til for at følelsene kommer ut av spill, og at følelsesuttrykkene blir sterke. For eksempel kan en liten bevegelse i stemningsleie føre til store følelesesutslag, eller at ubehag blir til sinne. Dette kan være uforståelig, og skape vansker for både omgivelsene og barnet selv. Barnet forstår kanskje ikke sine egne reaksjoner og hvorfor det blir så sint, og omgivelsene reagere kanskje negativt på uttrykksformen og intensiteten. Dette kan føre til selvbebreidelse og anklager, som igjen kan føre til selvdestruktivitet og desperasjon (Andersen 2014).

Traumer inkludere ikke tenkehjerne, noe som fører til at mange traumeutsatte barn ikke har språk for sin kjennskap og erfaringer til eget følelsesregister. Når barnet befinner seg innenfor toleransevinduet sitt, altså i følelsesmessig likevekt, kan omsorgspersonene hjelpe barnet med å verbalisere sine tanker, følelser, opplevelser og spørsmål, for å identifisere triggerne til traumereaksjoner, og til at barnet bedre skal forstå sitt eget reaksjonsmønster. Hjelperens oppgave er å stille spørsmål, lytte, støtte, være positivt nysgjerrig og gi barnet mulighet til å ordsette sitt liv og reflektere, om og om igjen (Søftestad 2018).

Dønnestad og Steinkopf (2017) skriver at en må ha evne til å kunne regulere seg selv for å kunne regulere andre. Dette krever stabilitet, utholdenhet og evne til å beholde roen når det

stormer som verst. Triggede, aktiverte, redde og sårede voksne handler ikke godt i møte med barn som er aktiverte. Derfor må hjelperen klare å regulere seg selv og kjenne sine egne triggere (Dønnestad og Steinkopf 2017). Som Søftestad (2018) skriver vil du ha mulighet til å ta dine forhåndsregler og være i forkant, dersom du har bevissthet og kjennskap til hva som trigger din avmakt, ditt sinne og din redsel. Da vil du selv klare å regulere dine egne følelser, og ikke komme i følelsesmessig ukontroll som gjør at du tyr til uheldige forsvarsmekanismer.

Videre må omsorgspersonen bistå barna med å bli kjent med sine egne følelser, noe man ikke kan gjøre ved å skjule egne følelser. Det vil vise barna at det å romme og vise følelser, ikke er det samme som å ikke ha kontroll på dem (Dønnestad og Steinkopf 2017).

4.7 Vernepleierens kompetanse

Vernepleiere har, som nevnt tidligere, en kombinert helse- og sosialfaglig kompetanse (FO 2017). Vernepleiere har kompetanse innen blant annet miljøarbeid, tverrprofesjonelt og tverrfaglig samarbeid og ikke minst kommunikasjon og relasjon (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005).

4.7.1 Vernepleierens partnerrolle

Vernepleierens kjerneroller er en refleksjonsmodell som skal bidra til mer fleksibilitet og økt bevissthet hos vernepleieren, som igjen skal føre til at ”flest mulige valg bidrar til en bedre hverdag for hovedpersonen” (Brask, Østby og Ødegård 2016:33). Modellen består av fire kjerneroller. Disse er: partnerrolle, ansvarsrolle, brobyggerrolle og pådriverrolle (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Jeg skal gå litt inn på partnerrolle, da det er den som er mest aktuell for min bacheloroppgave. Partnerrollen er den samhandlene vernepleier på individnivå, ”der tilnærminger tilpasses og justeres i nært samarbeid og dialog med den enkelte bruker” (Brask, Østby og Ødegård 2016:41). Partnerrollen bygger på relasjonskompetansen og

kommunikasjonskompetanse, og handler om å ”spille den andre god” (Brask, Østby og Ødegård 2016).

I et partnerperspektiv vil anerkjennelse og dialog stå sterkere enn korrigerende og monolog. Gjennom dialog formidler vernepleieren en inkluderende og grunnleggende respekt for brukeren som et selvstendig og verdifullt individ. Videre bygger perspektivet på viktigheten av å følge og kjenne den andres vilje og interesser så langt det lar seg gjøre, samt aktiv lytting (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Partnermodus handler om at vernepleieren skal være til stede i øyeblikket for brukeren. Det vil si kjenne den andres interesse og engasjement, livsverden, følge brukerens initiativ så tett som den føler seg vel med eller har behov for, og åpner sansene for brukerens meninger og behov. I partnermodus er vernepleieren påkoblet for å lytte godt til den andre. ”En hjelper i partnermodus vil lettere kunne støtte en person passe mye slik at denne opplever mestring, fordi hjelperen har sansene åpne for den andres behov” (Brask, Østby og Ødegård 2016:70).

Partnerpraksis handler om å sette perspektivet og moduset ut i livet, som: tilrettelegging, anerkjennelse, dialog og understøtting. Dette er faktorer som er relasjonsskapende, og en best mulig relasjon er viktig (Brask, Østby og Ødegård 2016)

4.7.2 Vernepleierens arbeidsmodell

Vernepleierens arbeidsmodell er en problemløsningsmodell (FO 2017). Den beskriver ulike fokus eller faser i en målrettet arbeidsprosess (Brask, Østby og Ødegård 2016). Vernepleierens arbeidsmodell består av kategoriene: kartlegging, analyse/drøfting, målvalgsprosess, tiltak med gjennomføringsplan, metode og evaluering/revurdering, som alle er gjensidig avhengig av hverandre. En viktig forutsetning med arbeidsmodellen er at tjenestemottakers ressurser står i fokus i alle faser av arbeidsprosessen, samt at valg tas i samhandling med tjenestemottaker (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). FO (2017) understreker også at det for vernepleieren er viktig at modellen tydeliggjør og ivaretar samspillet mellom hjelper og bruker. Hensikten med arbeidsmodellen er at tjenestemottaker skal være deltakende aktør i hele arbeidsprosessen (FO 2017).

Vernepleierens personlige eller faglige preferanser må aldri gå på bekostning av det som etter en helhetlig vurdering vurderes som best for tjenestemottakeren (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Videre skriver Brask, Østby og Ødegård (2016:24) at: ”Vernepleieren skal ha kompetanse i observasjon, registrering og annen kartlegging, operere i nært samarbeid med brukeren, og arbeide for en utvikling i en retning som brukeren ønsker, men likevel på en målrettet måte”. Dette krever at vernepleieren har en spesiell kommunikasjonskompetanse (Brask, Østby og Ødegård 2016).

5.0 Drøfting

5.1 Vernepleieren og traumebevisst omsorg

Som vi har sett vil barn utsatt for seksuelle overgrep kunne få store skadevirkninger av dette, som blant annet utviklingstraumer og et smalt toleransevindu. Det kom også fram at barn med en omsorgsperson de har følt seg trygg på, og som har gitt barnet reguleringsstøtte, positiv tilknytning og stimulering, har mindre alvorlige skader og større mulighet for tilfriskning etter overgrepene. Dette er faktorer som traumebevisst omsorg bygger på, og TBO kan derfor sees på som en metode for å bidra til mindre skadevirkninger og hjelp mot en bedre hverdag for barnet (Søftestad 2018).

For å svare på problemstillingen: ”Hvordan kan vernepleieren bruke traumebevisst omsorg i møte med barn utsatt for seksuelle overgrep?”, skal jeg videre i oppgaven drøfte hvordan vernepleieren kan bruke blant annet parterrollen og vernepleierens arbeidsmodell for å skape trygghet, relasjon og følelsesregulering, som er de tre grunnpilarene i TBO.

5.1.1 Trygghet

Å skape trygghet for utviklingstraumatiserte barn vil kunne være svært avgjørende for deres videre utvikling. Som Nordanger og Braarud (2017) skriver er trygghet en forutsetning for god utvikling resten av livet. Thorkildsen (2020) understreker dette med at å sikre barnas behov for trygghet, vil legge til rette for videre læring og utvikling. Dette kan forstås i lys av Nordanger og Braaruds (2017) teori om hva som skjer med hjernen ved utviklingstraumer, der overlevelseshjernen overstyrer læringshjernen fordi barnet ikke greier å redusere trusselberedskapen sin. Som det kom fram i teoridelen er det innenfor toleransevinduet en legger grunnlaget for læring og har en tilfredsstillende oppmerksomhet mot andre mennesker og situasjonen vi befinner oss i (Nordanger og Braarud 2017). Når barnet da har et smalt toleransevindu og ikke evner å redusere sin trusselberedskap, vil det i stor grad føle på en utrygghet som hemmer barnets utvikling og læring.

Ut i fra dette kan det tenkes at det å komme tidlig i gang med prosessen å skape trygghet vil være svært avgjørende både for utvikling og læring, men også for hvilken hjelp de utviklingstraumatiserte barna kan motta. Dette kan begrunnes i Nordanger og Braaruds (2017) teori om at jo eldre man blir, jo mindre plastisk og fleksibel blir hjernen, altså dess mer utfordrende kan det bli å skape trygghet. Det vil si at å komme tidlig i gang med trygghetsskapende miljøarbeid vil være viktig. Men hvordan kan vernepleieren skape denne tryggheten for barnet?

Som nevnt i teoridelen deler Bath trygghetsbegrepet inn i fysisk, relasjonell, emosjonell og kulturell trygghet. Dette handler om at barnet skal føle seg trygg i omgivelsene, med relasjoner, med følelsene de uttrykker og å føle seg inkludert. Dette er forhold utviklingstraumatiserte barn kan ha utfordringer med å føle trygghet i (Thorkildsen 2020). For å kunne skape trygghet vil derfor vernepleierens partnerrolle være sentral. I partnerrollen står relasjonskompetansen og kommunikasjonskompetansen til vernepleieren sterkt. Videre er anerkjennelse, tilrettelegging, understøtting og dialog kjennetegn ved vernepleierens partnerpraksis (Brask, Østby og Ødegård 2016).

For å styrke barnets relasjonelle trygghet er de nevnte faktorene ved partnerrollen essensielle. Barn som har opplevd seksuelle overgrep har ofte erfaringer med problematisk eller manglende tilknytning til voksne, og tar med seg disse erfaringene i nye relasjoner. Dette kan være erfaringer som høylytte, skremmende, ustabile, fraværende og voldelige voksne, eller uforutsigbare og brå endringer og mange brudd i relasjonene (Thorkildsen 2020). Dette har ført til at barnet kan føle på en utrygghet ved relasjoner med andre voksne, som kan gjøre det utfordrende for vernepleieren å skape en god relasjon. Som Nordanger og Braarud (2017) nevner er det dette som vanskeliggjør arbeidet med utviklingstraumatiserte barn, da disse erfaringene med mennesker og trekk ved omsorgspersonene ofte utløser stress- og alarmreaksjoner som gjør at barnet havner utenfor toleransevinduet. Her må vernepleieren finne løsninger som kan få barnet til å føle på relasjonell trygghet igjen (Thorkildsen 2020). Da kan vernepleieren ta i bruk partnerrollen og bli en trygg voksen for barnet gjennom relasjonsskapende faktorer, som anerkjennelse, dialog, aktiv lytting, respekt, være tilstede i øyeblikket og understøtting (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Emosjonell trygghet handler om at vernepleieren må møte barnets følelsesmessige behov (Thorkildsen 2020). Her vil reguleringsstøtte være sentralt og vernepleieren kan bruke sin partnerpraksis for å gjennomføre dette. Barn utsatt for seksuelle overgrep har ofte ikke fått reguleringsstøtte, og vet ikke hvordan de skal gjøre dette. For å skape emosjonelle trygghet for barnet vil det da være avgjørende at vernepleieren, som Thorkildsen (2020) skriver, forstår at barnets uheldige følelsesuttrykk er et uttrykk for utrygghet og ikke forsøk på manipulasjon. Vernepleieren må ”spille den andre god” gjennom partnerrollen. Dette kan gjøres gjennom anerkjennelse av barnets følelser. Da kan vernepleieren hjelpe barnet til å forstå at det er trygt og lov å føle på de følelsene som en føler på, men også å lære barnet hvordan det kan regulere det (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Å skape trygghet for utviklingstraumatiserte barn er imidlertid ikke så enkelt som å sikre emosjonell, relasjonell, kulturell og fysisk trygghet som Bath nevner (Thorkildsen 2020). Utfordringene ved å skape trygghet for utviklingstraumatiserte barn handler om at selv om barnet kommer i omgivelser som objektivt sett er trygge, betyr ikke dette at det gir barnet en subjektiv opplevelse av trygghet (Nordanger og Braarud 2020). Som både Nordanger og Braarud (2017), Søftestad (2018) og Thorkildsen (2020) skriver vil det essensielle i å skape trygghet for overgrepsutsatte barn være deres egen opplevelse av trygghet, altså barnets subjektive opplevelse av trygghet. Det kommer av at barnet kan kjenne igjen triggere som for eksempel lukt, en dialekt, en lyd, et bilde eller en farge som de forbinder med overgrepene (Andersen 2014). Eksempelvis kan lukten av nystekte vafler være en trygghet for ett barn som forbinder det med koselige stunder med bestemor og bestefar, mens for et annet barn kan det være en trigger da de forbinder det med overgrep som har skjedd hos bestemor og bestefar, og dermed settes alarmberedskapen i gang. For å bedre reguleringen og at barnet skal oppleve trygghet må derfor vernepleieren prøve å begrense og identifisere triggere i omgivelsene som førere til stress og negativ affekt (Nordanger og Braarud 2017).

Som Søftestad (2018) skriver er konkret tilrettelegging i stor grad det som skal til for å skape trygghet. Med det mener Søftestad (2018) at det rutinemessige og vante er trygghet, samtidig som planlegging og gode forberedelser ved endringer i hverdagens rytmer. Videre presiserer hun at dette må gjøres i nært samarbeid med det enkelte barnet. Når man skal skape trygghet for ett barn utsatt for traumer vil det å legge til rette for størst mulig grad av unngåelser for det som trigger barnets alarmsystem være essensielt. For å kunne

gjøre dette må disse triggerne identifiseres, som også Nordanger og Braarud (2017) nevner. Her vil vernepleierens arbeidsmodell være et verktøy vernepleieren kan ta i bruk for å skape trygghet for barnet. Gjennom vernepleierens arbeidsmodell kan vernepleieren bruke sin kompetanse innen kartlegging til å identifisere eventuelle triggerer hos barnets alarmsystem. Deretter kan det iverksettes tiltak for størst mulig grad av unngåelser av triggerne, som kan bidra til at omgivelsene oppleves tryggere for barnet.

For at dette skal bli en tilfredsstillende prosess som oppnår til måloppnåelse må dette gjøres i tett samarbeid med det enkelte barn. Som FO (2017) og Nordlund, Thronsen og Linde (2015) skriver står brukermedvirkning helt sentralt i arbeidsprosessen. Dette gjør at vernepleierens arbeidsmodell sikrer at tilretteleggingen av trygghet skjer i nært samarbeid med barnet. Å gi barnet opplevelse av at det har kontroll over eget liv, vil kunne bidra til en større følelse av trygghet. Dette begrunner Søftestad (2018) med at utrygghet ofte henger sammen med tap av kontroll. Det vil også være viktig at barnet føler at det har innsikt i prosesser som omfatter en selv og opplever medbestemmelse i eget liv (Thommessen og Neumann 2019).

Som Nordanger og Braarud (2017) også skriver vil trygghet kunne bidra til et større spekter innenfor toleransevinduet. Dette begrunner de i at toleransevinduet avhenger av for eksempel sosial kontekst, altså at dersom barnet er sammen med noen det er trygg på, tåler det mer. Om vernepleieren blir en trygg voksen for barnet, vil det kunne gjøre at grensene for hyper- eller hypoaktivering vil kunne utvides, og dermed føre til større rom for læring og utvikling hos barnet (Nordanger og Braarud 2017).

5.1.2 Relasjon

Som Thorkildsen (2020) nevner handler andre pilar om å ha gode relasjoner som varer over tid. Å skape en god relasjon henger sammen med relasjonell trygghet som nevnt ovenfor, sett i sammenheng med at må man være trygge på hverandre, for at relasjonen skal være sunn (Andersen 2014). Dette nevner også Thomessen og Neumann (2019) når de skriver at relasjon i denne sammenheng handler om å skape en trygg kontakt mellom barnet og hjelperen. Videre nevner Andersen (2020) at barnet må stole på at hjelperen tar følelsene, perspektiver og opplevelsene til barnet på alvor, altså anerkjennelse.

Relasjonstraume handler, som Rosten (2020) skriver, om traumer påført av personer som står deg nær. Søftestad (2018) skriver at overgrep fra personer som står deg nær, også kan føre til tilknytningstraumer. Å bli utsatt for seksuelle overgrep kan derfor gjøre at selve relasjonen til andre mennesker kan være en trigger for barna (Hjemmen, Bræin og Brynildsen 2015). Dette henger sammen med det Aasland (2014) skriver som en av senskadene etter seksuelle overgrep fra en tillitsperson, nemlig tap av tillit. Skau (2017) skriver også at tillit er grunnleggende i relasjoner. Dette kan gjøre det utfordrende for vernepleieren å skape en god relasjon til barnet, da de kan ha vanskelig for å stole på andre voksne og at du vil de vell. Å bygge en god relasjon og opparbeide seg tillit hos barnet kan derfor ta lang tid. Som vernepleier vil det da være avgjørende å ha kunnskapen om dette, for å møte barnet på en slik måte at barnets subjektive opplevelse av relasjonen er at den er trygg.

”Det kan hevdes at tidlig traumatisering fra nære omsorgspersoner ødelegger trygghetsreguleringssystemet og undergraver barnets mulighet til å bruke relasjoner til å etablere trygghet” (Andersen 2014:60). Som nevnt i teoridelene kan også triggere hos barnet, som for eksempel relasjonen til voksne, gjøre at de havner utenfor toleransevinduet sitt og reagerer med for eksempel utagerende handlinger og aggresjon eller tristhet. Ut i fra dette kan vernepleier bruke partnerrollen i møte med barnet, som bygger på blant annet relasjonskompetansen. Skau (2017) skriver at tillit er noe hjelperen må gjøre seg fortjent til, igjen og igjen. Det vil her være avgjørende at vernepleier viser barnet tillit gjennom å anerkjenne de følelsene barnet føler på, altså vise barnet at en ikke kommer til å bryte relasjonen selv om de havner utenfor toleransevinduet sitt og alarmberedskapen er satt i gang. Dette må, ut ifra det Skau (2017) skriver, gjøres gjentatte ganger. Dette fordi barnet skal få tillit til oss som hjelper og at vi er der for dem, og dermed stole på at relasjonen er trygg.

Gustumhaugen (2017) skriver også at for å trygge den skadede hjernen på at dette er en trygg relasjon, må hjelperen tro på at barnet er interessert i deg selv om det avviser. For barnet kommer mest sannsynlig til å avvise relasjonen til hjelper. Det er viktig at en da som vernepleier vet at dette er del av et overlevelsesmønster, og at hjelperen må holde roen, og ikke trigge barnet. ”Du må med andre ord ikke aktivere den hypersensitiviteten som nesten alltid ligger der hos det relasjonsusikre barnet” (Gustumhaugen 2017:93).

Dersom du gir uttrykk som å være for ivrig, påtatt gretten og sur eller over hyggelig, vil dette kunne trigge alarmreaksjonen hos barnet og føre til at de havner utenfor sitt toleransevindu. Her vil vernepleierens partnerrolle og et aktivert partnermodus spille en sentral rolle. Da kan vernepleierens signalsensitivitet lese barnet og oppfatte dens signaler på om det blir for mye (Brask, Østby og Ødegård 2016). Det vil også være avgjørende at selv om barnet avviser relasjonen, må vernepleieren som nevnt tidligere, fortjene tillit, igjen og igjen (Skau 2017). Som Dønnestad og Steinkopf (2017) også nevner må du som hjelper fortsatt gi barnet vennlig, god og repeterende kontakt uten at den påvirkes av avvissningen. Gjennom at vernepleier gir barnet repeterende bevis på kontakten og relasjonen opprettholdes til tross for barnets avvissning, vil det føre til at det blir tryggere. Dette kan begrunnes i at barnet da har fått en helt ny relasjonskompetanse, hvor de kan ta med seg denne gode erfaringen med relasjon inn i møte med andre (Dønnestad og Steinkopf 2017).

5.1.3 Følelsesregulering

På grunn av følgene barn utsatt for overgrep kan få, vil følelsesregulering være ett viktig nøkkelord i omsorgen barnet trenger. Dette kan begrunnes i Nordanger og Braarud (2017) sin teori om at utviklingstraumatiserte barn ofte vil få ett hypersensitivt og overutviklet alarmsystem, i kombinasjon med at reguleringssystemet er svakt og underutviklet. Følgene av dette vil være at det er lite som skal til for at barnet som har et smalt toleransevindu, havner utenfor vinduet sitt og får hypo- eller hyperreaksjoner det kan slite med å håndtere. Å være utenfor toleransevinduet sitt kan oppleves som stressende og u håndterlig, og når de da ikke har fått reguleringsstøtte kan dette føre til en grunnleggende utrygghet og uforutsigbarhet (Nordanger og Braarud 2017).

Som Søftestad (2018) skriver vil toleransevinduet forbli smalt dersom barn ikke får reguleringsstøtte. At vernepleieren har kunnskap om toleransevinduet og hvordan barn kan uttrykke at de er utenfor sitt vindu, vil derfor være svært avgjørende. For eksempel kan det hende at barnet som alltid bråker og roper i timen, er utenfor sitt toleransevindu og hyperaktivert, eller at barnet som viser fjernhet og ikke følger med også er utenfor sitt toleransevindu og hypoaktivert. Atferden barna viser kan da være en form for smerteuttrykk. Om vernepleieren ikke har den kunnskapen kan det hende vernepleieren

ikke forstår at barnet trenger hjelp til følelsesregulering. Konsekvensene for barnet om det fortsatt ikke får hjelp til følelsesregulering, vil være at toleransevinduet fortsetter å være smalt og barnet kan da være preget av stress, utrygghet og uforutsigbarhet (Nordanger og Braarud 2017). Det vil derfor her være avgjørende at vernepleierne kan ta i bruk sine kunnskaper og ferdigheter for å hjelpe barnet med følelsesregulering. Dette kan bidra til et utvidet toleransevindu, der grensene for å havne under eller over vinduet vil forhøyes. Vernepleieren må også lære barnet hvordan det kan komme tilbake igjen i toleransevinduet sitt. Andersen (2014) skriver at dette vil være avgjørende for å fungere godt i samspill med andre og i eget liv.

Som Thorkildsen (2020) skriver vil det å forstå hva det er som setter i gang en handling, vær ett viktig holdepunkt i å bistå med følelsesreguleringen. Altså, hjelperen må se bak selve handlingen for å forstå hvordan en kan forhindre uheldige situasjoner. Her vil igjen vernepleierens arbeidsmodell kunne være til stor nytte. Vernepleierens kunnskap om kartlegging og observasjon av barn, kan hjelpe vernepleieren til å se hva som skjer før handlingen, for eksempel gjennom en atferds registrering. Da kan vernepleieren se hva som trigger alarmsystemet til barnet, som gjør at det kommer utenfor sitt toleransevindu. Deretter kan vernepleieren i samarbeid med barnet iverksette tiltak for å forhindre flere uheldige situasjoner.

Ved å hjelpe barn med å sette ord på det de opplever, og regulere vonde følelser vil de få trening i å selv regulere følelsene (Thorkildsen 2020). Det vil derfor igjen være avgjørende at vernepleier har kunnskap om toleransevinduet til barnet. Som nevnt tidligere i teorien er det innenfor toleransevinduet at barnet er optimalt aktivert og i den mest optimale læringstilstanden (Nordanger og Braarud 2017). Når barnet er innenfor toleransevinduet sitt, kan vernepleieren ta i bruk parterrollen til å møte barnet, og lære det å sette ord på og regulere egne følelser. Da kan vernepleieren ta i bruk faktorer ved partnerrollen som å være positiv nysgjerrig, lytte til barnet og stille spørsmål, samt gi barnet mulighet og støtte til å reflektere og sette ord på sine opplevelser. Dette skriver Søftestad (2018) er hjelperens oppgave i følelsesreguleringen. Dette vil gi barnet trening i å forstå sitt eget reaksjonsmønster og hva som trigger deres traumereaksjoner. Når barnet har fått trening i dette kan det igjen hjelpe barna til å regulere egne følelser i andre omgivelser, som for eksempel i sosiale kontekster med venner.

Vernepleierens personlige kompetanse vil videre være avgjørende i følelsesregulering med barn utsatt for seksuelle overgrep. Dønnestad og Steinkopf (2017) skriver at en må ha evne til å kunne regulere seg selv for å kunne regulere andre. Dette krever en særegen stabilitet, utholdenhet og evne til å beholde roen når det stormer som verst. For at barna skal bli kjent med sine egne følelser, kan ikke vernepleieren skjule sine egne følelser. Det vil vise barnet at det å romme og vise følelser ikke er det som å ikke ha kontroll på dem. Som Dønnestad og Steinkopf (2017) skriver handler voksne som er redde, aktiverte, sårede og triggede ikke godt i møte med aktiverte barn. Vernepleieren må derfor klare å regulere seg selv og kjenne sine egne triggere for å kunne møte og bistå de aktiverte barna på best mulig måte. Vernepleieren må anerkjenne og akseptere følelsene sine, og finne konstruktive måter å uttrykke dem på. Dette vil hjelpe barna til å bli kjent med sine egne følelser, og følelsene vil da finne en god plass i relasjonen (Dønnestad og Steinkopf 2017).

6.0 Avslutning

Gjennom drøftingen kom det fram at vernepleieren kan benytte partnerrollen og vernepleierens arbeidsmodell i anvendelsen av trygg omsorg, både for å skape trygghet, relasjon og følelsesregulering til barnet.

Som det kommer fram i drøftingen vil barn utsatt for seksuelle overgrep kunne føle på en utrygghet som hemmer utviklingen og læringen til barnet. Det vil derfor være viktig at vernepleieren hjelper barnet til en større opplevelse av trygghet. For å skape trygghet kan vernepleieren da benytte partnerrollen og sentrale faktorer ved den, som anerkjennelse, tilrettelegging, understøtting, aktiv lytting, respekt, understøtting og dialog (Brask, Østby og Ødegård 2016). Vernepleieren kan også benytte vernepleierens arbeidsmodell som et verktøy for å skape trygghet og følelsesregulering for barnet. Dette gjennom å identifisere og begrense triggere som utløser alarmsystemet til barnet og fører til stress og negativ affekt, og dermed iverksette tiltak som bidrar til å begrense triggerne. Dette kombinert med å benytte vernepleierens partnerrolle til å møte barnet og lære det å sette ord på og regulere egne følelser, vil kunne bidra til at barnet får et utvidet toleransevindue og lettere klarer å komme seg tilbake inn i toleransevinduet dersom det havner utenfor. Å benytte vernepleierens arbeidsmodell vil også bidra til brukermedvirkning i arbeidsprosessen, noe som bidrar positivt til barnets opplevelse av trygghet.

I drøftingsdelen kommer det også fram at det å kunne skape en god relasjon til barn utsatt for seksuelle overgrep, vil kunne være utfordrende. Dette fordi disse barna som regel har dårlig erfaringer med voksenrelasjoner, og det å kunne være trygg på og stole på en voksen (Thorkildsen 2020). Voksenrelasjoner kan derfor, som Hjemmen, Bræin og Brynildsen (2015) nevner, være en trigger for barn utsatt for seksuelle overgrep, og dermed føre til at alarmsystemet iverksettes og de havner utenfor toleransevinduet. Her må vernepleieren vise barnet tillit gjentatte ganger gjennom anerkjennelse av de følelsene barnet føler på, og gi de tillit til at en ikke kommer til å bryte relasjonen selv om barnet avviser. Gjennom et aktivert partnermodus og vernepleiers signalsensitivitet kan vernepleieren møte barnet på en måte som ikke aktiverer den hypersensitiviteten relasjonsusikre barn som regel har.

Jeg har gjennom arbeidet med denne oppgaven tilegnet meg mye ny kunnskap om blant annet skadevirkningene av seksuelle overgrep, hvordan hjernen reagerer på et slikt traume, om traumebevisst omsorg og hvordan benyttelsen av TBO kan bidra til en bedre hverdag for de overgrepsutsatte barna. Å ha kunnskap om dette tenker jeg vil være svært viktig om en som vernepleier skal jobbe med barn utsatt for seksuelle overgrep. Da kan vernepleieren forstå at for eksempel utageringen eller handlingslammelsen barnet viser ikke er for å være vanskelig, men at det kan være et smerteuttrykk og tegn på at barnet er utenfor toleransevinduet sitt. Som Tønnesen (2016) skriver: "Det finnes ikke vanskelige barn, bare barn som har det vanskelig". Med denne forståelsen kan vernepleieren møte barnet på en tilfredsstillende måte som kan bidra til mindre skadevirkninger og større mulighet for tilfriskning. Men det krever også at vernepleieren er modig nok og tørr å møte barn som er utsatt for seksuelle overgrep, og ikke bidrar til ugyldiggjøring og tabuisering av temaet.

7.0 Litteraturliste

Andersen, Inger Lise. 2014. ”Traumebevisst tilnærming” i *Seksuelle overgrep mot barn – traumebevisst tilnærming* redigert av Søftestad, Siri og Inger Lise Andersen, 54-62. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Barne- og familiedepartementet. 2020. *FNs konvensjon om barnets rettigheter*.
Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/>

Barne- og likestillingsdepartementet. 2016. *Barnet rettigheter i Norge – Norges femte og sjette rapport til FNs komite for barnets rettigheter – 2016*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/0ada3bee46b54f498707f51bbc7d4b2c/barnekonvensjonen-norsk-versjon-uu.pdf>

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. 2018. *Seksuell vold/ seksuelle overgrep*.
Oppdatert 02. September 2020.
https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Vern_mot_overgrep/Vold_og_overgrep_mot_barn_og_unge_med_funksjonsnedsettelse/Tegn_pa_vold_og_overgrep/Seksuell_vold_seksuelle_overgrep/

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerneverker*.
Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, Olav og Hilde Trygstad. 2013. ”Kilder og kildekritikk” i *Metode og oppgaveskriving for studenter* redigert av Olav Dalland, 63-80. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dønnestad, Eva og Heine Steinkopf. 2017. "Traumebevisst omsorg som faglig forståelsesramme" i *Miljøterapauten* redigert av Gustumhaugen, Kjell, Eva Dønnestad og Heine Steinkopf, 109-124. Oslo: Univeristetsforlaget

Fellesorganisasjonen (FO). 2017. *Om vernepleieryrket*.

<https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf>

Gustumhaugen, Kjell. 2017. "Del 1" i *Miljøterapauten* redigert av Gustumhaugen, Kjell, Eva Dønnestad og Heine Steinkopf, 15-104. Oslo: Univeristetsforlaget

Hafstad, Gertrud Sofie og Else-Marie Augusti (red.) 2019. *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Rapport nr 4/2019.

https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. 2021. *Vold og overgrep*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/vold-og-overgrep/id2876037/>

Hjemmen, Bjøro, Mari Bræin og Yngvild Brynhildsen. 2015. *Barnevern: Mer kunnskap gir mindre tvang*. Aftenposten.

<https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/pbjw/barnevern-mer-kunnskap-gir-mindre-tvang>

Ingnes, Eili Knudsen og Helle Kleive. 2011. *I møte med unge overgripere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jørgensen, Tone Weire og Lillevik, Ole Greger. 2016. "Traumebevisst omsorg i arbeid med voldsutsatte barn" i *Vold mot barn : teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger*

redigert av Mevik, Kate, Ole Greger Lillevik og Oddbjørg Edvardsen, 186-204. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kirkengen, Luise Anna og Ane Brandtzæg Næss. 2015. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kirkengen, Luise Anna og Ane Brandtzæg Næss. 2021. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lindboe, Anne. 2018. *Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes*. Barneombudet.

<https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Hadde-vi-fatt-hjelp-tidligere-hadde-alt-vaert-annerledes.pdf>

Nordanger, Dag Øystein og Hanne Cecilie Braarud. 2017. *Utviklingstraumer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Politiet. *Hvor går grensene*. <https://www.politiet.no/rad/voldtekt-og-seksuelle-overgrep/hvor-gar-grensene/>

Rosten, Hanne. 2020. "Traumebevisst omsorg – veien videre" i *Miljøterapi i barnevernsinstitusjoner* redigert av Lillevik, Ole Greger, Berit Landmark og Øystein Stokvold, 243.264. Bergen: Fagbokforlaget.

Skau, Greta Marie. 2017. *Gode fagfolk vokser*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Straffeloven. Lov om straff. Kapittel 26. Seksuallovbrudd. 19.juni 2009 nr.74. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-11#%C2%A7297

Søftestad, Siri. 2018. *Grunnbok i arbeid med seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thidemann, Inger-Johanne. 2019. *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thommessen, Cathrine S. og Neumann, Cecilie B. 2019. *Gode hjelpere kjenner seg selv: traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge*. Oslo: Cappelen Damm.

Thorkildsen, Siri L. 2020. *De tre pilarene i traumebevisst omsorg*. RVTS Sør.
<https://rvtssor.no/aktuelt/294/de-tre-pilarene-i-traumebevisst-omsorg/>

Tjora, Aksel. 2012. *Kvalitative forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Tønnessen, Liv Berit Heimstad. 2016. *Å velge det varme blikket – inspirasjon, mot og håp til dagens foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget.

Utdannings- og forskningsdepartementet. 2005. *Rammeplan for vernepleierutdanningen*. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf

Aadland, Einar. 2011. *"Og eg ser på deg..."*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aasland, Margrete Wiede. 2014. *"... si det til noen..." en bok om seksuelle overgrep mot barn og unge*. Oslo: Cappelen Damm.