



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvordan kan en vernepleier bidra i arbeidet rundt traumatiserte barn i skolen

How can a learning disability nurse / intellectual disability nurse help contribute to work around traumatized children in school

Jan Peter Husby

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 26.05.2020



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 §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<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: Kristin Elisabeth Juvik

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: 25.05.2020

Antall ord: 8258

Sammendrag

I denne kvalitative oppgaven, basert på litteratursøk, har forfatteren forsøkt å belyse ulike sider ved hvordan en vernepleier sin kompetanse kan brukes inn mot arbeidet med traumeutsatte barn i barneskolen.

For å belyse problemstillingene knyttet til hovedproblemstillingen vil det også gis en gjennomgang av hva vernepleie er, regjeringens føringer for vernepleier i skolen, og noe om hvordan problemstillingene ivaretas innenfor skoletilbudet i dag.

I henhold til traumer vil det gis en gjennomgang av hva traumer er og hvordan det kan forstås. Det blir også en gjennomgang av de mest sentrale prinsippene i oppfølging og behandling av disse vanskene, både på individ- og systemnivå. Det vil så følge en praktisk gjennomgang av hvordan en vernepleier kan benyttes inn i arbeidet med disse barna i skolen.

Til slutt skal vi se på vernepleierens rolle i skolen og hvordan rammene kan ha innvirkning på hvordan vernepleieren utfører arbeidet sitt.

Summary

In this qualitative article, based on literature searches, the author has tried to shed a light on how a learning disability nurse / intellectual disability nurse's competence can be used while working with trauma-exposed children in primary school.

In order to shed light on the issues related to the main problem, a review will also be given of what disability nurse / intellectual disability nurses are, the government's guidelines for disability nurse / intellectual disability nurses in school, and some of how the issues are addressed within the school provision today.

According to trauma, a review will be given of what trauma is and how it can be understood. There will also be a review of the most central principles in the follow-up and treatment of these difficulties, both at the individual and system levels. It will then follow a practical review of how a nurse can be used in the work with these children in school.

Finally, we will look at the disability nurse / intellectual disability nurses role in the school and how the framework can have an impact on how the nurse performs.

Innhold

1.0	Innledning	1
2.0	Metode.....	3
2.1	Kvalitativ og kvantitativ metode	3
2.2	Validitet og reliabilitet.....	3
2.3	Forforståelse	4
3.0	Problemstilling	6
3.1	Avgrensning av problemstillingen	6
3.2	Vernepleier	7
3.3	Skolehverdagen	8
3.3.1	Opplæringsloven	8
3.3.2	Aktivitetsplikten.....	9
3.3.3	Skolehelsetjenesten	9
3.4	Traumeutsatt	9
3.4.1	Hva er traumer?.....	10
3.4.2	Ettervirkninger og symptomer	11
3.4.3	Traumefokusert kognitiv atferdsterapi.....	12
3.4.4	Traumebevisst omsorg	15
4.0	Traumeutsatte barn i skolen	16
4.1	I arbeid med traumeutsatte barn	16
5.0	Vernepleierens rolle i skolen	22
5.1	Samarbeid	23
6.0	Avslutning	26
7.0	Referanseliste.....	28
7.1	Nettkilder.....	29

1.0 Innledning

Ut i fra egne erfaringer før endt utdanning, i arbeid som assistent i skolen, har jeg jobbet med flere elever hvor jeg i etterkant har tenkt at jeg ikke hadde nok teoretisk- og yrkesspesifikk kompetanse til å utføre arbeidet på en tilstrekkelig måte. Skau (2012) skriver om kompetansetrekanten og om hvordan yrkesspesifikk-, teoretisk- og personlig kompetanse er viktige elementer for å kunne utøve et profesjonelt arbeid (Skau 2012). Arbeidet jeg har utført har for det meste vært basert på personlig kompetanse, i håp om å bedre elevenes hverdag.

Utfordringene er forskjellige, og mange av elevene opplever eller har opplevd forskjellige vansker i livet. Dette være seg konfliktfylte skilsmisser, omsorgssvikt, vold i hjemmet, overgrep og krig, for å nevne noen. I mange av tilfellene arter dette seg i utagerende adferd, og jeg må ærlig innrømme at jeg har tenkt tanken; “dette barnet er umulig”. Selv om jeg alltid har skjönt at det er noe bakenforliggende for atferden, har jeg gjennom arbeidet med denne oppgaven og gjennom studiene blitt mer bevisst på hvordan traumer kan påvirke atferd og utvikling, og utviklet en tro på at en vernepleier i skolen kan utgjøre en vesentlig forskjell for både barnet og systemet.

Psykisk helse generelt, og traumer spesielt, har vært mye omtalt og har fått stort fokus de siste årene. Til tross for dette blir ufaglærte plassert i stillinger knyttet til disse barna. Ofte ligger det ikke et kompetansekrav bak stillinger hvor man skal arbeide med barn som strever på skolen. Selv om mange ufaglærte kan inneha personlige kvaliteter og erfaringer som kan bidra positivt for eleven, er det behov for mer og bedre kompetanse for å kunne møte disse barna på en bedre måte. En utdanning har en viss tyngde bak seg, en teoretisk tyngde og forforståelse som bidrar til at vernepleieren kan møte barn med psykiske vansker på en god måte (Håvie 2012). Denne tyngden bidrar til utvikling av det faglige skjønnet vi gjenkjenner i dyktige fagfolk. Det faglige består av teori og erfaring, det skjønnsmessige kan forstås som vurdering, refleksjon og bedømming (Ellingsen 2014). Linde og Nordlund (2003) sier at et profesjonelt arbeid ikke bare kan basere seg på holdninger og verdier, men må kunne nytte arbeidsredskaper som viser at det ikke er vilkårlighet eller gammel vane som ligger til grunn for det arbeidet man gjør (Linde og Nordlund 2003). Vernepleierens arbeidsmodell kan være et eksempel på ett av flere arbeidsredskap i vernepleierens verktøykasse.

Jeg vil gjennom denne oppgaven forsøke å belyse ulike måter en vernepleier kan være en viktig bidragsyter for oppfølging av barn med traumerelaterte symptomer i skolen. Jeg vil forsøke å belyse kompleksiteten i problemstillingene knyttet til disse barna, men samtidig vise til konkrete og gjennomførbare tiltak som kan være nyttig på individnivå gjennom hjelp til symptomreduksjon og økning av funksjon hos barna. Det blir også sett på hvordan vi kan jobbe på flere nivåer for å senke kravet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav for å øke makt og innflytelse. På denne måten vil jeg forsøke å belyse viktigheten av en klar og tydelig ramme for vernepleierens rolle i skolen.

2.0 Metode

Begrepet metode henger nøye sammen med begrepet vitenskap. Metode er en fremgangsmåte eller et middel for å løse problemer og for å komme frem til ny kunnskap. Metoden er det middelet som blir brukt for å oppnå akkurat dette. Begrunnelsen for hvilken metode vi bestemmer oss for å bruke er den vi mener vil gi oss mest mulig data og faglig innsikt (Dalland 2012).

2.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Metode blir som oftest delt inn i to ulike hovedretninger, kvalitativ og kvantitativ metode. En kvantitativ metode baserer seg på innhenting av data i form av konkrete målbare enheter, med hensikt i å finne sikker og gyldig kunnskap. Metodene er ute etter å finne “hvor mye”, “hvor mange”, og forbindes ofte med tallbasert kunnskap. Dette kan for eksempel være resultat av en frekvensregistrering (Dalland 2012).

Denne oppgaven baserer seg på en kvalitativ metode i form av litteraturstudie. En kvalitativ metode dreier seg i hovedsak om å finne karakteristikken i problemstillingen. Denne formen tar for seg meninger og følelser, og gir dermed større grunnlag for tolkning (Dalland 2012).

2.2 Validitet og reliabilitet

For å sikre validitet og reliabilitet i litteratursøket er det viktig å være nøye med kildekritikk. Validitet i denne sammenhengen betyr gyldighet i relevans, og om det kan måles. Reliabilitet betyr pålitelighet og handler om målingene er utført korrekt, og at eventuelle feilmarginer er angitt. All data som blir funnet må dermed vurderes kritisk ved å vurdere påliteligheten til kilden (Dalland 2012).

For å innhente relevant data i form av teori har det blitt gjennomført litteratursøk, samt nyttet relevant litteratur fra Høgskolen i Molde sin pensumliste. Funnene av søket blir presentert i teoridel og drøftingsdel. I et forsøk på å sikre dataenes reliabilitet i litteratursøket, er det for det meste utført søk fra databaser funnet på bibliotekets nettsider.

For eksempel i ORIA, med søkeord som: *Barn + traumer + skole og *vernepleier + skole. Det meste av data om traumer og behandling er hentet fra ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmord (RVTSSOR), og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Det har også blitt brukt sekundærkilder fra kilder som virker sikre. Eksempel på dette er FO (Fellesorganisasjonen) som gjenganger i flere av kildene, blant annet i Vernepleierens Kjerneroller (Brask et al. 2016), dette er en indikator på at det er en viss reliabilitet i dataen. Det er også benyttet relevant lovverk, stortingsmeldinger, reformer, proposisjoner og Norges offentlige utredninger (NOU), da dette anses som pålitelige kilder. Det har og blitt tatt hensyn til hvor gammel dataen er, særlig med tanke på undersøkelser og forskning, da samfunnet er i kontinuerlig utvikling.

2.3 Forforståelse

Dalland (2012) skriver om hvordan fordommer og forforståelse alltid er med oss når vi skal undersøke et tema. Vi kan forsøke å møte problemstillingen så forutsetningsløst som vi makter, men våre tanker og meninger om temaet er alltid med oss (Dalland 2012). Hermeneutikken sier noe om hvordan vi fortolker omverdenen, og at i denne sammenhengen må være bevisste på hvordan vi møter informasjonen vi blir gitt, er med på å forme oppgaven.

Innledningsvis blir det beskrevet hjelpetrengende barn som blir møtt med en ufaglært uten spesifikk kompetanse på området i skolehverdagen. Forforståelsen om at dette gjelder for de fleste skoler vil antageligvis være med på å prege oppgaven i et visst omfang. Videre er det også et inntrykk av at vernepleierens rolle i skolen er fragmentert, uten faste rollebeskrivelser. Dette kan føre til liten tilgang på heltidsstillinger, som igjen går utover vernepleierens mulighet for å planlegge for systematisk arbeid og å bli inkludert i virksomhetens møter. Inntrykket er at dette påvirker vernepleierens evne til å kunne utføre et tilstrekkelig tilbud til barna som sliter. Videre kan også troen på vernepleierens kapasitet og kompetanse være med på å forme hvordan utfallet av oppgaven blir.

Min påstand er ikke at vernepleieren har tilstrekkelig kompetanse til å behandle traumatiserte barn rett etter utdanningen, men at kompetansen vi tilegner oss gjennom utdanningen er et godt springbrett for videre arbeid knyttet til temaet. Gjennom utdanningen som vernepleier blir vi blant annet kjent med emner som psykologi,

miljøarbeid, kommunikasjon og viktigheten av gode relasjoner. Etter endt studie har vi mulighet til å etterutdanne oss innen krisehåndtering og traumebehandling, vold i nære relasjoner, psykisk helsearbeid og barn og unges psykiske helse, for å nevne noen (Vernepleier 2020).

3.0 Problemstilling

Hvordan kan en vernepleier bidra i arbeidet rundt traumeutsatte barn i skolen.

En trygg oppvekst bidrar til å skape en god og robust psykisk helse og vil bidra til at færre barn og unge kommer i risikosituasjoner hvor de kan utvikle psykiske plager og lidelser. Barns rett til en trygg oppvekst er en grunnleggende rettighet i FNs konvensjon om barns rettigheter (Helse-og omsorgsdepartementet 2017, 41)

3.1 Avgrensning av problemstillingen

Barna det blir fokusert på i denne oppgaven er først og fremst barn som går på barneskole (1.-7. klasse). Dette betyr ikke at det ikke er relevant når det kommer til barn og unge på andre trinn.

Oppgaven vil ta utgangspunkt i barn som allerede er diagnostisert og som er under behandling, og hvor det forekommer mistanke eller konkrete bevis for at de er psykisk belastet grunnet traumer. Målet er ikke å være den eneste behandlingen som blir mottatt, men at vernepleieren er med som et supplerende element i oppfølgingen. Tidsmessig tilbringer disse barna også langt mer tid på skolen enn hos en terapeut, og en vernepleier er derfor i en posisjon til å kunne tilby hjelp og veiledning daglig, og være en forlengelse av terapi som eventuelt blir igangsatt andre steder. Vernepleieren kan derfor vurderes som et viktig og nyttig supplement, en «hjelperolle» til terapeuten.

Hva som sees som en traumatisk hendelse vil variere fra barn til barn. Sårbart temperament og biologisk risiko, samt risikofaktorer i miljøet, vil spille inn (FHI 2011). Barna og arbeidet det vil refereres til i denne oppgaven vil ha diagnosene PTSD eller kompleks PTSD (se senere). Jeg velger likevel flere ganger å bruke begrepet “traumerelaterte vansker” og ikke PTSD-symptomer da vanskebildet etter traumatiske opplevelser er komplekst og PTSD-begrepet alene ikke alltid er dekkende, som vist i diskusjonen under.

3.2 Vernepleier

Vernepleieryrket er en profesjon hvor det er kombinert helsefaglig- og sosialfaglig kompetanse. Vernepleiere jobber hovedsakelig innen helse- og sosialsektoren, og har kompetanse til å arbeide innen psykisk helsearbeid, rusomsorg, eldreomsorg, og i skole og barnehage. Profesjonsutdanningen er spesifikt rettet mot mennesker med utviklingshemming og mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse, men gir og kompetanse til å jobbe med andre målgrupper. Vernepleierens mandat er å synliggjøre og motvirke samfunnskapte barrierer, og kunnskapsgrunnlaget skal føre til arbeid mot økt mestring, deltagelse, myndiggjøring og selvbestemmelse (FO 2017).

Nordlund et al. (2015) skriver om vernepleierens pedagogiske kompetanse og at det er dens kunnskap til virkemidler for å tilrettelegge for læring (Nordlund et al. 2015)

Brask et al. (2016) beskriver vernepleierens kjerne roller og deler de inn i fire: partnerrollen, ansvarsrollen, brobyggerrollen og pådriverrollen. De forskjellige rollene deles videre inn i forskjellige dimensjoner, hvor dimensjonen "handling-samhandling" tar for seg vernepleierens valg om en situasjon skal løses med handlingsorientert eller samhandlingsorientert tilnærming. Videre er dimensjonen "individ-system" vernepleierens valg om situasjonen krever en tilnærming på individnivå eller systemnivå (Brask et al. 2016).

Vernepleieren arbeider ut i fra forskjellige modus og må kunne balansere systematisk problemløsning og det å være et medmenneske i hverdagen, sistnevnte ofte kalt relasjonelt arbeid. Det relasjonelle arbeidet baserer seg på en kombinasjon mellom kjennskap til mennesket det gjelder, samt faglig kunnskap og evne til inn-toning. Målet med arbeidet er å øke mestringsevnen, og bidra til at eleven føler seg sett og anerkjent (FO 2017).

Miljøarbeid er en viktig del av det systematiske arbeidet en vernepleier utfører. Måltrettet miljøarbeid er en læringsprosess, hvor man forsøker å påvirke individet i retning av økt livskvalitet.

Horne og Øyen (2005) definerer måltrettet miljøarbeid som:

Systematisk forandring av betingelser (inkludert egne og andre miljøarbeiders atferd) med sikte på å oppnå forandring i en eller flere personers atferd, hvor

hensikten er å bedre personens fungering i daglige omgivelser (Horne og Øyen 2005, 14).

I følge Regjeringens rammeplan for vernepleiere skal vernepleiere ha kunnskap om psykologiske teorier og metoder. Det skal legges vekt på kunnskap om utviklingspsykologi og utviklingsforstyrrelser, kunnskap og samspillsvansker, kommunikasjon og mestring. Videre skal det være kunnskap om psykiske lidelser, ulike former for behandling og rehabilitering. Det skal også være fokus på tverrfaglig samarbeid (Rammeplan 2005).

Vernepleierens arbeidsmodell er en modell hvor man anvender ulike metoder for å systematisk kartlegge, analysere og lage mål som skal munne ut til et tiltak for å senke gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav. Vernepleierens arbeidsmodell kan nyttes på individ-, gruppe- og systemnivå (Brask et al. 2016).

3.3 Skolehverdagen

Skolen skal være en arena for god psykisk helse. Her skal barna kunne føle på den naturlige utforskertrangen i trygge omgivelser. Trygghet skaper rom for selvstendighet, og gjør det mulig for barna å lære og å utvide horisonten. Omsorg og oppdragelse er i dag et kollektivt samarbeid mellom familie, barnehage og skole. Dette bidrar til økende kompleksitet i oppgavene som dagens skole skal utføre. Skolen skal altså ikke bare bestå av faglig kunnskap, men skal dreie seg like mye om mellommenneskelig samspill. Dette for å gi barna et grunnlag for å i fremtiden kunne bli individer som kan inngå i sosialt forpliktende samarbeid (Brandtzæg et al. 2017). Gjennom å være en relasjonsorientert skole, kan dette bidra til et godt psykososialt skolemiljø. I følge Folkehelseinstituttet er et godt og trygt skolemiljø en beskyttende faktor når det kommer til barns psykiske helse (FHI 2011).

3.3.1 Opplæringsloven

I følge opplæringsloven § 9 A-2 har alle elever rett på et trygt og godt psykososialt skolemiljø (Opplæringsloven § 9 A-2. 2017). Vi kan lese i utredningen Fremtidens Skole (2015) at uttrykket skolemiljø skal være elevenes ekvivalens til arbeidstakernes

arbeidsmiljø. Det psykososiale skolemiljøet er de mellommenneskelige forholdene på skolen, og samspillet mellom det psykiske og det sosiale. Skolemiljøet avgrenses ikke til forhold i skolehverdagen, men omfatter også forhold utenfor som har sammenheng med skolen (NOU 2015:2 side 30).

3.3.2 Aktivitetsplikten

I Opplæringsloven § 9 A-4 kan vi lese om aktivitetsplikten, hvor formålet er å sikre at eleven blir møtt med tiltak for å jobbe mot trygghet og velvære i skolehverdagen.

Aktivitetsplikten utløses når en elev ikke har et trygt og godt psykososialt skolemiljø, og gjelder selv om de utløsende faktorene til mistrivselen ikke skjer under skolehverdagen (Opplæringsloven § 9 A-4. 2017).

3.3.3 Skolehelsetjenesten

Behandlingsforløpet vil variere, men Helsedirektoratet har med forskning til grunn utarbeidet en veileder om temaet. Skolehelsetjenesten bør tilby oppfølgende samtaler, henvise til andre tjenester om tiltakene ikke strekker til, samarbeide med skole og foreldre, samt samarbeide med for eksempel PPT, psykiske helsetjenester i kommune og BUP. Det legges vekt på samarbeid mellom skole og helsetjenesten, hvor skolehverdagen skal bli tilrettelagt etter hvilke behov eleven har. Dette kan være tilrettelegging i læringssituasjon og veiledning til de ansatte som skal jobbe med barnet (Helsedirektoratet 2019).

3.4 Traumeutsatt

Tall fra Helsedirektoratet viser at det er mellom 15 og 20 prosent av barn og unge som lider av psykiske vansker til enhver tid. Rundt 8 prosent av disse barna har en diagnostiserbar psykisk lidelse (Helsedirektoratet 2015).

3.4.1 Hva er traumer?

I NOU 2012:5 “Bedre beskyttelse av barns utvikling” tydeliggjør Blindheim at et traume forstås ulikt og således er et noe utydelig begrep. Han beskriver videre at det er lett å anta at et barn automatisk er traumatisert dersom det er utsatt for hendelser som vold, overgrep og ulykker. Han viser til forskning som imidlertid viser at det ofte går bra med mange barn som opplever enkelthendelser som en karakteriserer som traumatiserende. I sin artikkel tydeliggjør han at et traume heller må forstås som et traume dersom barnet opplever det traumatisk; dersom hendelsen overstiger integreringskapasiteten til det individet som er utsatt for det traumatiske. Med andre ord vil traumesymptomer oppstå blant annet dersom barnet blir helt overveldet, føler på håpløshet, hjelpeløshet, forvirring og kontrolltap, men ikke nødvendigvis av en traumatisk hendelse i seg selv. Videre skriver han at sannsynligheten for å bli overveldet, føle seg hjelpeløs og håpløs i traumatiske situasjoner er langt større dersom det traumatiske skjer når enn er et barn, dersom det skjer i barnets omsorgssystem/familie og når de er gjentatte og kroniske. I forlengelsen av dette identifiserer han fire hovedårsaker til at barn får traumerelaterte vansker:

1. Fysisk mishandling
2. Seksuelt misbruk
3. Emosjonell trakassering
4. Neglekt

Ved å inkludere emosjonell trakassering og emosjonell neglekt utvider han da noe av det som tradisjonelt sett blir sett på som traumatiske faktorer, hvilket igjen henger sammen med det han skriver over. At graden av vansker du får henger like mye sammen med opplevelsen av det å være hjelpeløs og kjenne på kontrolltap, ikke nødvendigvis en hendelse i seg selv (NOU 2012:5)

3.4.2 Ettervirkninger og symptomer

Ettervirkningene og symptomene på traumer er mange og varierte. Barn som får terapi og oppfølging av BUP på grunn av traumerelaterte vansker får imidlertid diagnosen PTSD (Post traumatisk stressyndrom). Inklusjonskriteriene for å få diagnosen F43.1 PTSD ut fra diagnosemanualen ICD-10 er:

Oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste. Predisponerende faktorer (f eks kompulsive eller asteniske personlighetstrekk) eller nevrose i sykehistorien, kan senke terskelen for utvikling av syndromet eller forverring av forløpet, men er verken nødvendige eller tilstrekkelige til å forklare forekomsten. Typiske trekk omfatter episoder der traumet blir gjenopplevd gang på gang i påtrengende minner («flashbacks»), drømmer eller mareritt, med en vedvarende fornemmelse av «nummenhet» og følelsesmessig avflating, distansering fra andre mennesker, ingen respons på omgivelsene, anhedoni og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet. Det foreligger vanligvis en tilstand med forhøyet autonom alarmberedskap og vaksomhet, økt skvettenhetsreaksjon og søvnløshet. Angst og depresjon er vanligvis forbundet med ovennevnte symptomer og tegn. Ikke sjelden oppstår selvmordstanker. Debuten kommer etter traumet med en latensperiode på fra få uker til måneder. Forløpet er svingende, men bedring kan forventes i de fleste tilfellene. Hos noen få pasienter kan tilstanden få et kronisk forløp over mange år, med eventuell overgang til en varig personlighetsforandring (F62.0) (E-helse 2020)

En del har ment at diagnosekriteriene i PTSD og denne måten å forstå traumerelaterte vansker på har vært for snever og lite presis med tanke på de som er utsatt for mer kompleks traumatisering. Det er derfor gjort endringer i den reviderte diagnosemanualen fra 2019 ICD-11, hvor kompleks PTSD er blitt en egen diagnose (Cloitre 2020).

Forskjellen på PTSD og kompleks PTSD er at sistnevnte diagnose beskriver de mer komplekse reaksjonene som er typiske for individer utsatt for mer kroniske traumer, som for eksempel gjentatte overgrep eller psykisk trakassering eller neglekt over tid (Bækkelund 2019). Ved å legge til kompleks PTSD i diagnosemanualen gis det en

mulighet for større presisjon i å få satt riktig diagnose, samt en mer personlig og mer effektiv behandling.

Barn med PTSD eller kompleks PTSD vil ofte ha et ganske variert uttrykk. Typiske symptomer for barn og unge med PTSD er gjenopplevelser av det traumatiske de har opplevd gjennom flashback og mareritt, unngåelse av ting som minner om traumet, og kroppslige stressreaksjoner som at de skvetter lett, er overaktivert, angstfylte med mer. Dette er plager som går igjen hos veldig mange etter de fleste typer traumehendelser.

Barn som er utsatt for traumer, og spesielt de som er utsatt for mer komplekse traumer som vold eller neglekt fra omsorgsgivere, kan også oppleve mange andre plager i tillegg til de som er beskrevet over. For eksempel kan de ha vanskeligheter med å kjenne igjen eller regulere følelsene sine, de strever med å stole på andre eller havner lett i konflikt med andre barn eller voksne. Mange har kroppslige plager, som vondt i magen eller hodet eller de kan oppleve å «dette ut» og miste kontakten med omverdenen. Veldig ofte tenker de mye negativt om seg selv og mener de selv har skyld i traumene de har opplevd (Bækkelund 2019). Det er heller ikke sjelden at barna etterhvert utvikler selvmordstanker eller tyr til selvskading. En del psykologer knytter også stemmehøring tett opp i mot komplekse traumer (NOU 2012:5)

3.4.3 Traumefokusert kognitiv atferdsterapi

NKVTS (Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumer) har siden 2012 jobbet med å implementere en av de evidensbaserte metodene for traumebehandling som har vist seg mest effektiv for barn med PTSD, TF-CBT (traumefokusert kognitiv atferdsterapi) (NKVTS 2020). Hensikten med implementeringsprosjektet var flerdelt;

1. Øke kunnskapen om traumer og traumebehandling.
2. Oppdage barn og unge som har posttraumatiske plager.
3. Sørge for at TF-CBT blir tilbudt til de som trenger det.
4. Bidra til at tilbudet etableres og vedvarer over tid.

Siden oppstart har over halvparten av BUP-ene i Norge, samt andre viktige aktører innen PTSD/traumebehandling av barn og unge fått opplæring i denne metoden.

Under vil det bli gitt en kort beskrivelse av ovennevnte metode for behandling av barn og unge med traumerelaterte vansker. Dette er en traumebehandling som kan videreføres inn i vernepleierens arbeid i skolen, gjennom et samarbeid med blant annet BUP/barnehus eller andre instanser (NKVTS 2020).

I boken *Treating trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescent*, skrevet av Cohen, Mannarino & Deblinger (2006), står metoden grundig beskrevet. Gjennom forskning har de etterhvert kommet frem til flere faktorer som barn som har opplevd traumer kan ha behov for, for å bearbeide og for å bli kvitt traumesymptomene sine. Grovt sett består behandlingsmodellen av ni moduler:

1. **Psykoedukasjon:** Gjennomgang av hva som er vanlige reaksjonsmåter etter en traumatisk hendelse, samt hjelpe barnet til å se sammenhengen mellom sine reaksjoner, følelser og atferd, og det de har opplevd. Forfatterne beskriver at det allerede på dette stadiet kan være nyttig for å få hjelp til å se at det ikke er barnet det er noe galt med. De kan lettere forstå egne reaksjoner og følelser, samt at det kan hjelpe til at barnet føler seg mindre alene ved å høre at flere har opplevd det samme.
2. **Stressmestring:** Hjelp til stressmestring gjennom å identifisere når og hvordan de er stresset, for så å finne metoder for å roe ned på gjennom for eksempel pusteøvelser og avspenning. Dette er nyttig for mange barn med traumesymptomer da de ofte er overaktiverte eller underaktiverte, strever med å sove, og roe seg ned.
3. **Emosjonsbearbeiding:** I denne modulen får barna hjelp til å bli bedre kjent med eget følelsesliv, og hvilke følelser som henger sammen med det traumatiske de har opplevd. Gjennom psykoedukasjon og øvelser er målet at ved å få bedre kjennskap til egne følelser etterhvert vil gi en bedre evne til regulering av følelser og atferd, samt at følelsene ikke skal ta overhånd og gi angst, tilbaketrekning, utagering etc.
4. **Kognitiv mestring:** Her gjennomgås modellen “den kognitive diamant” hvor barna lærer sammenhengen mellom tanker, følelser, kropp og atferd, samt får hjelp til å identifisere negative tanker om seg selv eller verden som har oppstått etter traumatiske hendelser. Typiske negative følelser og tanker barn har etter et traume er skam, skyld, forvirring, sinne, tristhet, redsel. Forskning har vist at det å identifisere negative tanker og grunnantakelser, og å jobbe med dette, er en av de viktigste faktorene å bearbeide i traumbearbeiding til barn og unge.

5. **Narrativ:** Her gjennomgås den eller de traumatiske hendelsene til barnet i sin helhet. Det mest vanlige er at terapeuten noterer mens barnet forteller, hvor man så leser historien gjentatte ganger. Hensikten med denne modulen er at det antas at en slik eksponering for de traumatiske minnene til barnet vil gi en symptomreduksjon av PTSD-symptomer. En vil også kunne bruke denne modulen til å identifiserer negative tanker og følelser direkte knyttet til det/de traumatiske minnene.
6. **Kognitiv bearbeiding:** Når barnet og terapeuten er ferdig med narrativet, og negative tanker og følelser er identifisert, setter man av noen timer på å bearbeide og jobbe med det som er kommet frem for å sikre en ytterligere symptomreduksjon
7. **Deling av narrativ med foreldre:** Foreldre og barn gjennomgår det traumatiske innholdet sammen med terapeuten. Hensikten er at foreldrene, eller andre signifikante voksne, skal få bedre innsikt i barnets traumehistorie og således i større grad klare å sette seg inn i barnets tanker og følelser, og kunne støtte, veilede og hjelpe barnet derfra.
8. **In vivo eksponering:** Mulighet for å fysisk være der det traumatiske har skjedd for å jobbe med eksponering for traumatiske minner og opplevelser. Til forskjell fra narrativet så er dette en mer direkte eksponeringsmetode
9. **Jobbe med sikkerheten og fremtid:** I denne modulen utarbeider en planer for hvordan barnet skal føle seg trygg. Det jobbes også med å øke barnets funksjon gjennom å øve på ting en ser det har behov for, som for eksempel sosial kompetanse, eller gjøre ting man er redd for etc (Cohen et al. 2006).

I alt pleier en behandlingsrekke å ta mellom 12 og 25 timer. I tillegg til behandling av barnet, inkluderes foreldre eller andre sentrale omsorgspersoner i behandlingstilbudet. Hensikten med dette er å hjelpe omsorgsgivere til å bli bedre i stand til å forstå og støtte barnet, bli mer utviklingsstøttende og mentaliserende.

Mange barn lever også i hjem hvor det kan være nødvendig med hjelp til grensesetting, eller andre utfordringer som opprettholder barnets vansker (Cohen et al. 2006).

Selv om TF-CBT er en terapeutisk metode som hovedsakelig er ment til bruk i en terapeutisk sammenheng med barnet og foreldre, kan det argumenteres for at dette er prinsipper som også kan overføres til arbeidet som vernepleier i møte med barn med traumerelaterte vansker i skolen. Barnets behov, vansker og de nyttige inntrengningene vil

være de samme uavhengig av kontekst, og det vil derfor være hensiktsmessig å benytte seg av det man allerede vet fungerer.

3.4.4 Traumebevisst omsorg

Ved siden av de individualterapeutiske virkemidlene som TF-CBT, er det i de siste årene blitt en økende oppmerksomhet rundt hvordan barnevern, skole, foreldre og signifikante andre kan bidra til å dempe symptomer og øke funksjonen til barn med traumerelaterte vansker gjennom teknikker som TBO (traumebevisst omsorg), og generelt traumbaserte tiltak og tilrettelegginger på systemnivå.

Traumebevisst omsorg består grovt sett av tre grunnpilarer som sammenfaller med mye av det ovenforstående, som trygghet, gode relasjoner og hjelp til å regulere følelser, impulser og atferd. TBO bygger sitt fundament på at traumatiserte barn i all hovedsak ikke går i terapi, men lever sitt liv hjemme, på skolen og i dagligdagse aktiviteter, og at tiltakene og hjelpen til barnet derfor i hovedsak må rettes inn mot de voksne der barna er i det daglige (Bath 2020).

Første pilar: Trygghet. Der de videre deler inn trygghet i fire underkategorier, (1) Fysisk trygghet; at det fysisk sett er trygt der de er, (2) Relasjonell trygghet; at de trenger å etablere trygghet i relasjon til en voksen, (3) Emosjonell trygghet; at det er en voksen der som forstår deres følelsesuttrykk og hjelper det til bedre regulering, (4) Kulturell trygghet; at de føler seg inkludert, en del av flokken.

Andre pilar: Forbindelser. At det traumatiserte barnet opplever gode trygge voksne og barn i hverdagen og at disse relasjonene varer over tid. Forbindelser fokuserer på å hjelpe barnet til å koble seg på mennesker igjen, tørre ha tillit, kjenne på mestring i relasjoner og aktivitet. Det overordnede målet er å gjøre barnet i stand til å delta i aktivitet og dagligliv på lik linje som andre barn det er naturlig å sammenligne seg med.

Tredje pilar: Regulering. At det traumatiserte barnet får hjelp til å bli bedre å regulere følelser, impulser og atferd. Målet er å hjelpe de å identifisere hva de gjør og føler i dag, og hjelp til til en sunnere og mer hensiktsmessig regulering i fremtid (Bath 2020).

4.0 Traumeutsatte barn i skolen

Barn med traumerelaterte vansker i skolen har som nevnt et svært variert og mangefasert uttrykk. Det blir her nevnt noen eksempler for å forsøke å belyse kompleksiteten en vernepleier kan møte i sin hverdag med disse barna.

En nærliggende og typisk problemstilling er det sinte og uregulerte barnet, gjerne en gutt. Han strever i sosial relasjon til andre barn da han er “kaotisk” i sin væremåte. Han kan ofte lage bråk, streve i alle overgangssituasjoner, knuffe på de andre elevene, bli fort sint og utagere mot både voksne og barn. Tilsynelatende skjer dette “ut av det blå” og de som jobber med ham opplever at tiltakene de setter inn av og til fungerer, andre ganger ikke. Noen perioder har vært gode, mens i andre perioder er det ingenting som fungerer. Han klarer ikke å delta i ordinær undervisning da han fremstår overaktivert i timen, strever med å holde fokus og ødelegger undervisningen for de andre barna.

En annen gjentakende problemstilling er barnet som har et stort behov for kontroll over lek og aktivitet med andre barn, som strever med å tilpasse seg, og som lager en del drama i vennegjengen, men som også er veldig sår på avvisning. Barnet får fort sterke negative følelser og er lite mottakelig for å sette seg inn i andres perspektiv.

Man ser også det engstelige barnet som ikke vil slippe tak i mammaen sin når det skal på skolen. Det har en del fravær, og er generelt mye engstelig når det er på skolen. Barnet har en del somatiske plager som vondt i magen og vondt i hodet. En antar at barnet har normale forutsetninger for læring, men lærer strever med å få barnet til å utnytte sitt potensiale, da barnet oppleves som tiltaksløst og engstelig, redd for å gjøre feil og er svært kritisk mot seg selv.

4.1 I arbeid med traumeutsatte barn

I det følgende blir det forsøkt å belyse hvordan en vernepleier kan bidra inn i arbeidet med de barna som har vansker som beskrevet over.

Sammenligner man TF-CBT og TBO ser man flere likhetstrekk. Begge innfallsvinklene gir viktige og nyttige implikasjoner for arbeidet til en vernepleier i skolen. Det blir også tydelig at skolen og vernepleie tilbyr en ypperlig anledning og mulighet til å kunne få jobbet med disse barna på gode måter. Dette vil være nyttig på mange plan; at barnet får det bedre, at familien får det bedre, det gjør barnet mer i stand til læring, det kan fremme det sosial samspillet mellom det traumatiserte barnet og andre barn, og mellom det traumatiserte barnet og andre voksne, samt at en bedring av regulering av barnets følelser og atferd trolig i mange tilfeller også vil gjøre lærings situasjonen i klassen lettere for alle.

I henhold til det individuelle terapiforløpet som er beskrevet over ligger det i vernepleierens utdannelse mye kunnskap om å kunne følge opp barn med psykisk vansker på et individuelt nivå. Som beskrevet innledningsvis i Blindheims artikkel (2012), er det en klar sammenheng mellom omsorgssvikt og traumerelaterte vansker.

Disse barna har opplevd mange vanskelig relasjoner til andre mennesker og har derfor ofte vansker med å ha tillit og tro til andre voksne. Dette gjenspeiler seg på skolen ved at de kan være avvisende, være sint på andre, eller ikke være tilgjengelig for råd og korrigerende.

Både i TF-CBT og TBO fremheves forholdet til en trygg voksen som en avgjørende faktor for at barnet skal utvikle seg i en ønsket retning.

Her kan vernepleieren utspille en viktig rolle, både i kraft av sin kunnskap, men også fordi en er i en posisjon til å bruke mer tid, og bruke tiden mer fleksibelt og rettet inn mot barnets behov. Som en ser over, er vanskene til barn med PTSD og traumerelaterte vansker ulike og vil derfor kreve ulike tiltak. Her er vernepleieren i en unik posisjon til å kunne tilrettelegge individuelt og fleksibelt.

En fordel med å jobbe med disse barna i skolen er at det gir en større mulighet til å være mer fleksibel i når man snakker om hva. En terapeut er bundet til sin tid, mens en vernepleier som tilbringer mer tid med barnet kan i større grad jobbe med det traumatiske innholdet, følelsene og atferden når en ser at barnet er tilgjengelig for det. På den måten kan en vernepleier være en betydelig bidragsyter inn det traumerelaterte arbeidet med disse barna.

I henhold til systemarbeid og TBO-tankegang vil en også se for seg et utall forskjellige måter en vernepleier kan bidra på. Med trygghet og relasjon som grunnpilarer kan en se for seg et utall med situasjoner et barn vil ha behov for hjelp i. For at et traumatisert barn gradvis skal kunne bli en integrert del av en normal hverdag vil det trolig være behov for gjentatte gode mestringserfaringer på mange plan for at det skal bli tryggere og mer selvdrevet i både relasjon og aktivitet. En vernepleier kan da i kraft av sin relasjon og kjennskap til barnet lage realistiske mål for hva barnet skal klare, og hjelpe det til å mestre de ulike målene.

Eide og Eide (2013) beskriver mestring som en intrapsykisk og handlingsorientert prosess i et forsøk på å beherske, tolerere og redusere ytre og indre påkjenninger. Ved å gi barnet verktøy for å mestre krisesituasjonen vil det kunne føre til økt evne til å stå i krisesituasjoner senere i livet, da evnen til å mestre påvirkes av hvordan tidligere livskriser har blitt løst (Eide og Eide 2013).

Den første grunnpilaren i TBO omhandler trygghet, og at omsorgsgiver må skape et miljø der barnet kan oppleve seg trygge. I følge loven har alle barn rett på et godt psykososialt skolemiljø, og vi kan også lese at dette har en innvirkning på barns psykiske helse.

Vernepleierens kompetanse i miljøarbeid kan spille en viktig rolle i arbeidet med å skape et godt psykososialt skolemiljø for eleven. For eksempel ved å anvende vernepleierens arbeidsmodell i en målrettet prosess for å danne gode tiltak, som kan bidra til å tilrettelegge for økt livsmestring, ved å endre eller vedlikeholde fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet (Brask et al. 2016).

Videre på individnivå kan vernepleieren bruke sin pedagogiske kompetanse til å øke elevens forutsetninger for å mestre de sosiale arenaene i skolehverdagen. Adapted Aggression Replacement Training (AART) er en metode for trening i sosial kompetanse, der målet er at barnet skal øke sin fungering i sosialt samspill og takle utfordringer det møter i hverdagen. Metoden tar for seg sosiale ferdigheter, sinneregulering og moralsk resonnering, og har dokumentert effekt på klassemiljø, økt sosial kompetanse og reduksjon av utfordrende atferd (Gundersen et al. 2015). Ringvirkningene av dette arbeidet kan føre til at eleven klarer å bevare eller danne betydningsfulle relasjoner som videre kan ha positiv effekt på selvfølelsen. På et overordnet nivå kan dette føre til at eleven føler på et trygt og godt psykososialt skolemiljø.

En viktig del av å kunne danne relasjoner med individer som innehar forskjellige utfordringer, er å kunne se mennesket bak diagnose eller atferd. Mentalisering er evnen til å kunne se seg selv utenfra og forsøke å få innsyn i sinnet til individet. Videre kan dette gi mulighet til å regulere våre egne følelser og atferd gjennom å forutsi hvordan samtalepartneren føler. I en forskningsartikkel (Kvittingen 2018) kan vi lese at fokuset på mentalisering har økt betraktelig de siste årene. Psykologiprofessor ved University College London, Peter Fonagy, er en av de som etterhvert har utviklet begrepet som ny retning innen psykologien, mentaliseringsbasert terapi (MBT). Selv om mentalisering er noe som de fleste gjør i kommunikasjonssituasjoner, er det etterhvert blitt utformet kurs og egne studieemner basert på retningen. Dette møter motstand av psykiater Erik Falkum, som mener at selv om mentalisering har mye godt ved seg, så er det lite nytt å hente, og han stiller seg kritisk til at nye “skoler” stadig blir dannet (Kvittingen 2018).

Brandtzæg et al. (2017) skriver om mentalisering i skolesammenheng, og at det er evnen til å forstå ulik og individuell atferd hos barn. Ulik atferd betyr ikke dårlig atferd, men uttrykk for individuelle kriser barnet gjennomgår (Brandtzæg et al. 2017). Mentalisering kan minnes om en form for affektiv avstemming eller inntoning. Eide og Eide (2013) beskriver det som evnen til å speile, bekrefte eller matche det følelsesmessige uttrykket til det individet man kommuniserer med. Formålet med denne tilnærmingen er at barnet føler seg forstått og at kommunikasjonspartneren deler de indre opplevelsene og den følelsesmessige tilstanden (Eide og Eide 2013). Vi kan videre dra paralleller mellom mentalisering og vernepleierens evne til å tilpasse seg situasjonen, modus. Modus handler om å aktivere de nødvendige personlige ressursene som situasjonen krever (Brask et al. 2016). Gjennom dette gir det rom for vernepleieren å samregulere følelsene til barnet, hvor man gjennom egen ro og trygghet påvirker barnet positivt når det er stresset, aktivert og i beredskap. På den måten hjelpe barnet med å regulere følelsene ved å ha en trygg tilknytningsrelasjon (Brandtzæg et al. 2017).

I følge Brodtkorp og Rugkåsa (2015) danner kommunikasjon og språk selve grunnlaget for maktforhold i sosiale relasjoner (Brodtkorp og Rugkåsa 2015). Det er her vernepleierens oppdrag blir å gjøre kommunikasjonen til hjelpende. Hjelpende i denne konteksten kan dras synonymt med “profesjonell” og “helsefaglig”. Vernepleieren kan for eksempel bruke aktiv lytting for å gjøre at kommunikasjonen oppleves anerkjennende, tillitsskapende og trygg, og formidle informasjon på en måte som gir eleven forutsetninger for å mestre situasjonen. Denne typen kommunikasjon er en forutsetning for

empowerment, og har verdier som: likeverd, hensyn til elevens beste og respekt for elevens rett til selvbestemmelse (Eide og Eide 2013).

Formålet med hjelpende kommunikasjon er:

1. å få frem barnets perspektiv
2. å forstå barnets unike psykososiale kontekst
3. å nå frem til felles forståelse i overensstemmelse med barnets verdier
4. å hjelpe barnet til å dele makt, det vil si å hjelpe barnet til å bevare og utøve kontroll og myndighet der dette er mulig (Eide og Eide 2013).

Når en relasjon til barnet er opprettet kan en se for seg at en vernepleier videre kan jobbe med mange av de samme teknikkene som en gjør i en mer terapeutisk intervensjon. Som vist innledningsvis er det viktig for barnet å forstå at det er en sammenheng mellom hva de har opplevd og følelsene, tankene og atferden de har (Cohen et al, 2006). Dette er tema som kan gjentas og forklares til barnet i en relasjon mellom det og en vernepleier.

Videre er det også gode muligheter til å jobbe med stressmestring, avspenning, det å lære å bli kjent med følelser og regulere de på gode måter, og forstå tanker og hvordan de påvirker oss. En metode vernepleieren kan bruke i slike sammenhenger er for eksempel Psykologisk førstehjelpsskrin. Raknes (2010) har laget et konkret verktøy som inneholder rollespillfigurer, og hjelpehender som fylles ut for å identifisere problemer (røde tanker) og løsninger (grønne tanker). Hensikten er da å hjelpe barna å bli mer bevisste og da lettere kunne ta bedre valg og få flere positive følelser (Raknes 2010).

I forlengelsen av dette vil vernepleieren spille en viktig rolle inn i ansvarsgrupper og planarbeid rundt barnet. Vernepleieren kan være med i å utarbeide realistiske hovedmål og delmål i barnets IUP (individuelle utviklingsplan), og komme med forslag til tiltak og tilrettelegginger, samt være et viktig bidrag til informasjon om barnets reaksjonsmønster, behov, utvikling og mestringsarenaer. Sist men ikke minst vil også en vernepleiers kunnskap og forståelse av barnets vansker kunne være viktig i at lærere og eventuelt andre som jobber med barnet har den samme grunnleggende forståelsen av hvordan vanskene barnet viser skal forstås og møtes. Mange barn med traumerelaterte vansker kan etter mitt

skjønn ofte misforstås som barn som “søke oppmerksomhet, ikke vil eller kan”, mens det kanskje like ofte handler om at de ikke får til, tør eller kan bedre.

5.0 Vernepleierens rolle i skolen

Vi kan se ovenfor at arbeidet knyttet opp imot traumatiserte barn krever ressurser og tid, og for at en vernepleier skal kunne gi et tilstrekkelige tilbud bør det være en tydelig ramme som gir rom for akkurat dette. Hvilke arbeidsoppgaver vernepleierne har på skolen varierer, og i mange tilfeller må vedkommende jobbe for å finne sin plass og sine oppgaver i skolesystemet (Kunnskapsdepartementet 2019). Det er ofte et uklart skille mellom assistentrolle og miljøterapeutens rolle, og mange av arbeidsoppgavene knyttet opp mot de mest sårbare elevene blir i dag utført av assistenter uten relevant erfaring. Assistenter blir ofte omtalt sammen med de andre yrkesgruppene på skolen, og det er sjeldent det er noen klar skillelinje mellom ufaglært og faglært (NOU 2015:2).

Det er knyttet store og tydelige forventninger hva det innebærer å være lærer i skolen. Kompetansekravene er regulert i lovverk, og de fleste lærere har høy formell utdanning. Det er fremdeles ikke regulert i lovverk eller forskrift hva vernepleierens rolle i skolen er. Dette medfører til at mange jobber som assistenter og ufaglærte, som videre kan føre til at kompetansen vernepleiere innehar ikke blir utnyttet til det fulle. At vernepleierens rolle i skolen ikke er lovhjemlet bidrar også til at mange jobber under dårligere ansettelsesforhold enn lærerne. Tross dette, viser tall at det er en jevn økning av vernepleiere som blir ansatt i skolesystemet (Kunnskapsdepartementet 2019).

Undersøkelser fra 2015 viser at halvparten av lærerne føler seg utilstrekkelig kompetent til å tilrettelegge undervisning for barn som sliter psykisk. Momenter som tid, ressurser og urolighet for at psykisk helse tar vekk oppmerksomheten fra den ordinære undervisningen kommer opp som problemstillinger (NOU 2015:2).

Utvalget peker på at det er læreren som fortsatt skal ha ansvaret for elevens sosiale læring, men trenger nødvendigvis ikke å stå for oppfølgingen av elever som har psykiske vansker. De mener lærerne fortsatt skal ha det sosialpedagogiske ansvaret som er knyttet til lærerrollen, men i større grad samarbeide med yrkesgrupper som har dette som sitt kompetanseområde. Utvalget trekker frem vernepleiere som en av yrkesgruppene som kan bidra med sosialpedagogisk arbeid på skolen, og at den tverrprofesjonelle kompetansen kan være med på å styrke det psykososiale miljøet på skolen. Tross dette argumenterer

ikke utvalget for å lovhjemle vernepleierens rolle, det blir opp til skoleeiere å avgjøre bruk og behov (NOU 2015:2)

Gjertsen et al. (2018) skriver i tidskriften “Barnevernspedagogers, sosionomers og vernepleieres rolle og status i skolen” at behovet for en supplerende yrkesgruppe med sosialpedagogisk bakgrunn er vel dokumentert. Tradisjonelt sett er skolen lærernes arena, og det er her elevene skal kunne oppnå et kunnskapsgrunnlag for utdanning og arbeid. Det blir argumentert for at undervisningsfaglige og sosialfaglige mål henger sammen, og at det kreves flerfaglig og tverrprofesjonell kompetanse for å kunne nå målene (Gjertsen et al. 2018).

De konkluderer med at det er grunn til å tro at lærernes ledende rolle i skolen vil vedvare på grunn av deres sterke objektive fundament. Men det store ansvarsområdet og kompleksiteten i lærernes oppgaver kan etterhvert fremtvinge et mer likeverdig samarbeid og økt likeverdig status, rolle og makt mellom yrkesgruppene. Det tverrprofesjonelle samarbeidet bør implementeres i lover og instruksjoner, samt økt oppmerksomhet på tverrprofesjonelt samarbeid under profesjonsutdanningene (Gjertsen et al. 2018).

5.1 Samarbeid

Undersøkelser viser at miljøterapeuter i liten grad opplever å bli integrert i skolens sosiale liv, som å bli inkludert i aktuelle møter og på ulike arenaer der beslutninger tas (Nou 2015:2). Det er kanskje akkurat her vernepleieren har mulighet til å vise frem sin kompetanse, og på den måten bidra til en felles forståelse av faget. Viser til forskning knyttet til “Skolen som arena for barn og unges psykiske helse”, såkalt SAPH-prosjektet. Undersøkelser viste at ved felles refleksjon over de ulike yrkesrollene kan dette føre til økt kunnskap om hverandre og en bedre forståelse av hvordan de ulike rollene kan bidra i samarbeidet. Dette resulterte videre til større fleksibilitet helt konkret i det elevrettede arbeidet. Man kan si at det ble større fokus på oppgaven og mindre fokus på profesjon (Pålshaugen og Borg 2018).

Som sett ovenfor er det et stort fokus på samarbeid mellom profesjoner. Brask et al. (2016) argumenterer for at helsetjeneste er lagarbeid, da ingen profesjon alene kan bidra til kvalitet i tjenestetilbudet. Vernepleierens brobyggerpraksis handler om å invitere andre til

å dele kunnskap og om å finne gode måter å løse problemstillinger sammen på. Turtaking og dialogisk samhandling er viktig kompetanse i vernepleierens brobyggerpraksis, hvor målet er å oppnå et fruktbart tverrfaglig samarbeid (Brask et al. 2016).

Vi kan lese i “Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse” (2019) at mange barn som har mottatt hjelp for psykiske helseproblemer har fortalt om en hjelpetjeneste som har vanskeligheter med å se enkeltindividet, eller evner å tilpasse hjelpen på en tilfredsstillende måte. Det gjør at mange opplever at hjelpen som blir gitt ikke er tilstrekkelig. Vi kan videre lese at mange av barna ønsket at hjelpen var mer tilgjengelig og nær (Prop. 121 S, 2019). Vernepleier jobber ut fra kunnskapsbasert praksis. Det vil si å kombinere elevens ønsker og behov i en gitt situasjon med systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Gjennom utdanningen tilegner vernepleieren forskningsbasert kunnskap gjennom teoristudier og erfaringsbasert kunnskap i praksisstudier (Nordlund et al. 2015). Brask et al. (2016) skriver om hvor viktig kjennskap til elev og dens livsverden, og erfaring i samarbeidssituasjoner er avgjørende for å kunne forstå, vurdere og bidra i en gitt situasjon. Videre handler dette om elevens rett medvirkning og retten til å delta (Brask et al. 2016).

Vi vet gjennom vernepleierutdanningen at det å være en aktiv deltaker i eget liv er viktig for selvfølelse og livskvalitet. Dette gjelder også for barn som mottar psykisk helsehjelp. Forskning viser til barns uttalelser om en opplevelse av at det er lettere å håndtere psykiske plager og lidelser om de får være aktive deltakere i eget liv. I en tverrfaglig samarbeidsprosess er det viktig å ikke glemme at man skal samarbeide med den det gjelder. Både grunnlov og barnekonvensjonen gir barn rett til å si sin mening i saker som vedrører dem selv. Barna er en viktig ressurs i behandlingsprosessen på grunn av deres kompetanse om seg selv. Deres medvirkning bør derfor være et fundament når det skal utvikles et behandlingstilbud (Helse- og omsorgsdepartementet 2019).

Vernepleieren er opptatt av å senke gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav, derav gap-modellen (Owren og Linde 2013). Dette kan for eksempel være å styrke barnets stemme i en samarbeidsprosess mellom forskjellige instanser. På den måten kan vi bidra til å styrke barnets makt i prosessen. I følge nasjonal helse- og sykehusplan (2020) skal barn med psykiske vansker ha lett tilgjengelig hjelp og barn med alvorlige psykiske lidelser skal motta helhetlige tjenester fra relevante aktører. Dette krever et samarbeid mellom helsestasjons- og helsetjenesten, barnevern og skole (helse- og

omsorgsdepartementet 2020). Det er her vi møter vernepleieren i en brobygger- og pådriverrolle på systemnivå. Gjennom å være partnere på individnivå, hvor vi tilpasser tilnærmingen og møter eleven med samarbeid og dialog, kan vi forsøke å fremheve barnets perspektiv på situasjonen (Brask et al. 2016). Ved at vernepleieren bidrar som et bindeledd mellom de forskjellige instansene kan vi unngå at eleven opplever å bli kasteballer mellom ulike instanser, og å måtte fortelle sin historie flere ganger (Helse- og omsorgsdepartementet 2019).

I en artikkel på Fontene sine nettsider (Myklebust 2020) kan vi lese om en gutt som har store utfordringer i skolen, og som kun får oppfølging av ufaglærte assistenter. I artikkelen trekkes det frem en episode hvor gutten retter en kniv mot personalet i en situasjon hvor han føler seg utilpass og truet. Hendelsen førte til at gutten ble isolert fra klassen, og dermed kun fikk tilbringe tid sammen med assistentene på skolen. Dette til tross for Fylkesmannens understrekelse om at han skulle ha personell med seg som kunne trygge hans relasjoner til de voksne på skolen, samt styrke hans tilhørighet til klassen. Det blir videre beskrevet et høyt konfliktnivå mellom assistenter og gutten. Gutten sier selv at “de voksne er så sinte og at det er så mye støy”.

Det kommer frem i en rapport fra spesialisthelsetjenesten at gutten hadde språkferdigheter to år under det som er forventet, og at lav selvfølelse og dårlig selvtillit kan medfølges grunnet dette. I artikkelen blir det pekt på at manglende tverrfaglig kompetanse kan føre til at de ansatte forklarer elevens utfordrende atferd ut i fra diagnose uten å ta hensyn til psykososiale faktorer. Etterhvert ble det tilkoblet et ressurscenter som bidro med veiledning, og det ble ansatt en person med sosialpedagogisk utdanning. Guttens foreldre har ulik oppfatning av fremgangen, der den ene parten merket liten forskjell, beskriver den andre en positiv fremgang hos barnet. Den andre parten beskriver bedre kommunikasjon med skolen, og møte med en gutt som, etter tiltaket, fortalte om gode dager på skolen og om en følelse av å bli forstått (Myklebust 2020).

6.0 Avslutning

Denne oppgaven tar for seg traumeutsatte barn i skolen, og vernepleierens rolle i arbeidet med disse barna. Jeg har forsøkt å belyse hvordan vernepleieren kan være med som et supplerende element i behandlingsforløpet til traumeutsatte barn ved å være tilgjengelig i skolehverdagen. Jeg har skrevet en kort gjennomgang av vernepleierens kompetanse, hvilke krav som er satt til skolen og hva som ligger i traumebegrepet, samt terapeutisk behandling.

Under drøftingen har jeg forsøkt å ta for meg hvordan terapeutisk behandling sammenfaller med vernepleiefaglig utdanning, og konkrete virkemidler vernepleieren kan ta i bruk for å bedre hverdagen for traumeutsatte barn. Aktiv lytting, ART og psykologisk førstehjelp, er virkemidler som blir trukket frem for å møte behovene som blir forklart i TF-CBT og TBO.

Det kommer også frem i drøftingen at vernepleierens rolle i skolen er noe uklar, og at vernepleiere ofte kan ha en diffus arbeidsbeskrivelse. Dette kan være avgjørende i arbeidet for å bedre hverdagen til traumeutsatte barn, da mange har vansker med å skille mellom ufaglærte og faglærte miljøarbeidere på skolen, og mange er usikre på hvilken rolle en vernepleier egentlig har. Dette kan være en indikator på at det er en generell uvisshet i hva som ligger i vernepleierens kompetanse på skolen.

Det kommer også frem at mange barn som har et ekstra stort behov for hjelp, møter ufaglærte assistenter. Selv om assistenter kan inneha kvaliteter og personlig kompetanse som kan virke positivt for barnet, har vernepleierutdanningen gitt forutsetninger for en annen for forståelse i møtet med barnet, og ulike verktøy man kan nytte når ulike problemstillinger oppstår.

Jeg har forsøkt å belyse viktigheten av at traumeutsatte barn skal bli møtt av ansatte som ser mennesket bak diagnose og atferd. Videre mener jeg at en vernepleier innehar viktig kompetanse som kan bidra til en bedre selvfølelse og følelsen av mestring. Ved å overføre makt til barnet i behandlingsforløpet, kan en bidra til å gi barna gode forutsetninger for en normal utvikling ved å ta vare på barnets rettigheter og å sørge for at barnets stemme blir hørt.

Det kommer frem i drøftingen at mulighetene er store for at ansatte i skolen kan være et supplerende element i behandlingen av traumeutsatte barn, og at vernepleieren står i en unik posisjon til å hjelpe traumeutsatte barn i skolen. Dette krever både tid og ressurser. Inntil tverrprofesjonelt arbeid eller vernepleierens rolle har klarere rammer i skolen, kreves det engasjerte pådrivere for å fremheve viktigheten av vernepleieren i skolen.

7.0 Referanseliste

- Brandtzæg, Ida, Stig Torgeirson og Guro Øiestad. 2017. *Se eleven innenfra. Relasjonsarbeid og mentalisering på barnetrinnet*. Gyldendal Norsk Forlag AS. 2013
- Brask, Ole David, Atle Ødegård og May Østby. 2016. *Vernepleierens kjerne roller. En refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget
- Brodtkrop, Elisabeth og Marianne Rugkåsa. 2015. *Mellom mennesker g samfunn. Sosialogi- og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, Olav. 2012. *Metode- og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Cohen, Judith, Anthony Mannariono og Esther Deblinger. 2006. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. The Guildford Press. 2006
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2013. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS. 2013
- Ellingsen, Karl Elling. 2014. *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Universitetsforlaget.
- Gundersen, Knut.K, Tutte M. Olsen, Johannes Finne, Børge Strømgren og Bengdt Daleflod. 2015. *AART. En metode for trening i sosial kompetanse*. Universitetsforlaget AS.
- Hafstad, Reidun og Haldor Øvreeide. 2011. *Utviklingsstøtte. Foreldrefokusert arbeid med barn*. Høyskoleforlaget 2011
- Horne, Hans og Bjarne Øyen. 2005. *Målrettet miljøarbeid. Anvendt atferdsanalyse. Del 1. Læringsteori og dagliglivets pedagogikk*. G.R.D. Forlag 2005.
- Raknes, Solfrid. 2010. *Psykologisk førstehjelp barn*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skau, Greta. 2012. *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. CAPPELEN DAMN AS, 2011
- Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2013. *Vernepleierfaglig teori og praksis*. Universitetsforlaget AS.

7.1 Nettkilder

Bath, Dr. Howard. 2020. "De tre pilarene i traumebevisst omsorg"

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

Bækkelund, Harald. 2019. "Hva er kompleks posttraumatisk stresslidelse?" NKVTS

<https://www.nkvts.no/aktuelt/hva-er-kompleks-posttraumatisk-stresslidelse/>

Cloitre, Marylene. 2020. "ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations"

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32345416/>

Direktoratet for e-helse. 2020. "Kodeverket ICD-10 (og ICD-11). Sist oppdatert: 26. mars, 2020.

<https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>

Gjertsten, Per-Åge Hansen, May Brit Viola og Anne Judberg. 2018.

Barnevernspedagogers, sosionomers og vernepleieres rolle og status i skolen. Tidsskrift for velferdsforskning (02)

https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2018/02/barnevernspedagogers_sosionomers_og_vernepleieres_rolle_og

Håvie, Unn. 2012. *På full fart inn i skolen.* Fontene.

https://fontene.no/mapper/Pa_full_fart_inn_i_skolen.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. "Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019 - 2024)." Prop. 121 S. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 2019.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ea3287725fa4a2395287332af50a0ab/no/pdfs/prp201820190121000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. 11.11.2019. *Oppfølging psykisk helse: Skolehelsetjenesten bør tilby oppfølging til barn og ungdom med psykiske plager og lidelser.*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/oppfolging-ved-behov-malrettede-samtaler-og-hjemmebesok/oppfolging-psykisk-helse-skolehelsetjenesten-bor-tilby-oppfolging-til-barn-og-ungdom-med-psykiske-plager-og-lidelser>

Helsedirektoratet. 2015. "Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Rapport IS-2314. Oslo: Helsedirektoratet

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf/_attachment/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-61fff9f8836a:75040e04f7107e9eec48b8d9fada6ad1866dc7a4/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf

Kvittingen, Ida. 2018. *Dette er mentalisering*.

<https://forskning.no/om-forskning-psykiske-lidelser-sosiale-relasjoner/dette-er-mentalisering/279962>

Kunnskapsdepartementet. «Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022).» Helse- og kunnskapsdepartementet 2017

https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Kunnskapsdepartementet. “Tett på - tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO.” St. Meld. 6 (2019 - 2020). Oslo: Det Kongelige Kunnskapsdepartement, 2020.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/3dacd48f7c94401ebefc91549a5d08cd/no/pdfs/stm201920200006000dddpdfs.pdf>

Myklebust, Anne Odland. 2020. *Gutten nekten å være med å danse i skolegården. Det endre med at truet to lærere med kniv*. Fontene: 18.05.2020

<https://fontene.no/nyheter/gutten-11-nektet-a-vare-med-a-danse-i-skolegarden-det-endre-med-at-han-truet-to-larere-med-kniv-6.487.702003.f290b36a8a?fbclid=IwAR0bX7E0H4zts75mn3w-4lJCA0HW7qUI7MdVwXK8bYBA1J3EJvw1SduAEc>

Nasjonalt Kunnskapscenter Om Vold Og Traumatisk Stress. 2020. *TF-CBT*.

<https://www.nkvts.no/tf-cbt/implementering-av-tf-cbt-i-bup/>

NOU. 2012:5 *Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet

<https://www.regjeringen.no/contentassets/e212cdbe211d4e699983049c3070870e/no/pdfs/nou201220120005000dddpdfs.pdf>

NOU. 2015:8. *Fremtidens skole. Fornyelse av fag og kompetanser*. Oslo:

Kunnskapsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/da148fec8c4a4ab88daa8b677a700292/no/pdfs/nou201520150008000dddpdfs.pdf>

NOU. 2015:2. *Å høre til. Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø*. Oslo:

Kunnskapsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/35689108b67e43e59f28805e963c3fac/no/pdfs/nou201520150002000dddpdfs.pdf>

Opplæringsloven. Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa av 17. juli 1998.

Nr 61. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>

Pålshaugen, Øyvind og Elin Borg. 2018. *Skolen som arena for barn og unges psykiske helse*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet
https://www.udir.no/contentassets/a9520cf995664912bfc1f9c200c67bde/fou2018_08-sluttrapport-fra-saph_12102018.pdf

Vernepleier. 2020. “Aktuelle etter- og videreutdanningsprogrammer for vernepleiere.” <https://vernepleier.no/vernepleier/videreutdanning/>

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