

Marja Ristiinna Gaup Gustad

Omsorg og omsorgssvikt

Hvordan kan omsorgssvikt påvirke unges utvikling, og hvordan kan helsepersonell hjelpe unge som har blitt utsatt for omsorgssvikt?

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Omid Rasouli

Mai 2020

Marja Ristiinna Gaup Gustad

Omsorg og omsorgssvikt

Hvordan kan omsorgssvikt påvirke unges utvikling, og hvordan kan helsepersonell hjelpe unge som har blitt utsatt for omsorgssvikt?

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Omid Rasouli
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel: Omsorgssvikt og omsorg

Nøkkelord: Omsorgssvikt, barn, unge, utvikling

Introduksjon: Utvikling kan defineres som mønstre som endrer seg gjennom livsløpet. Utvikling skjer i ulike domener, som for eksempel det biologiske, sosiale, kognitive, og emosjonelle. Omsorgssvikt kan føre til alvorlige og langvarige konsekvenser for unges utvikling på flere domener. Ungdommer som har blitt utsatt for omsorgssvikt kan ha utfordringer på skolen, i sosiallivet, og i følelsesregulering. Samtidig viser forskning at det er mange barn og unge som viser motstandsdyktighet til tross for motgangen de har opplevd.

Hensikt: Hensikten med studiet er å undersøke hva forskning forteller om ulike konsekvenser omsorgssvikt kan ha på unges utvikling og å gi helsepersonell kunnskap om hvordan de kan hjelpe denne utsatte gruppen.

Metode: Metoden som har blitt brukt i denne studien er litteraturstudie. Det er gjort et systematisk litteratursøk, både ved strukturerte- og ustrukturerte søk. 5 artikler fra de siste 8 år er inkludert.

Resultater: Basert på funnene fra de fem utvalgte vitenskapelige artiklene, ble ulike konsekvenser av omsorgssvikt identifisert. Funnene viser også resiliens og beskyttelsesfaktorer som helsepersonell kan bruke i møte med denne gruppen. Studien resulterte i 3 temaer:

- 1) Omsorgssvikt kan ha betydelige konsekvenser for unges utvikling.
- 2) Til tross for motgang i tidlig utvikling, kan unge oppnå gode resultater.
- 3) Hva helsepersonell kan gjøre for å hjelpe unge som har blitt utsatt for omsorgssvikt.

Konklusjon: Omsorgssvikt kan føre til alvorlige konsekvenser for unges utvikling, men trenger ikke nødvendigvis å ha det. Mange barn som har erfart omsorgssvikt tidligere i livet kan også få tilfredsstillende utvikling. Økt kunnskap for hvilke konsekvenser omsorgssvikt kan ha, setter helsepersonell i stand til å forebygge negative konsekvenser. Ved å benytte styrker hos individet og dets miljø kan unge få bedre muligheter for sunn utvikling, både sosialt, fysisk, psykisk. Dette fører til at barn og unge kan mestre flere ulike arenaer.

Antall ord: 7170

ABSTRACT

Title: Maltreatment and trauma-informed care **Keywords:** Maltreatment, adolescent, child, development

Introduction: Development is patterns of change throughout the life span. Development occurs in different domains, such as the biological, social, emotional, and cognitive. Maltreatment can cause serious and long-term consequences for adolescent's development in multiple domains. Maltreated adolescents can have challenges in education, in social life, and in regulating their emotions. On the other hand, research shows that many children and adolescents show resilience despite the adversity they have experienced.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the effect of maltreatment and how health professionals can help adolescents who have experienced maltreatment.

Method: This is a literature based study. A systematic search of literature has been used, both by structured and unstructured searches. 5 articles from recent research have been included.

Results: Based on the results from the chosen scientific articles, significant effects of maltreatment were discovered. Results also showed protective factors and resilience which health professions can focus on in meeting with this group. The study resulted in 3 main findings:

- 1) Maltreatment can cause significant consequences for adolescent's development.
- 2) Despite adversity in early life, adolescents can achieve good results.
- 3) How health professionals can help adolescents who have experienced maltreatment.

Conclusion: The effects of maltreatment can be severe for adolescent's development, but research says that this does not apply for every case. Many maltreated children were indeed resilient. Increased knowledge of the consequences of maltreatment will enable health care professionals to prevent negative consequences. By using the strengths of the individual and its environment, children and adolescents can have better opportunities for development, both socially, physically and mentally and succeed in other arenas.

Words: 7170

Innholdsfortegnelse

1. 0 Innledning	4
1.1 Problemstilling	5
1.2 Avgrensning og presisering	5
1.3 Vernepleiefaglig relevans	6
1.4 Begrepsavklaring	6
1.5 Hensikt med oppgaven	7
2.0 Teori	7
2.1 Tilknytning.....	8
2.2 Traume – hva er det?	8
2.3 Konsekvenser	9
2.5 Traumebevisst omsorg.....	10
3.0 Metode	11
3.1 Valg av metode.....	11
3.2 Søkeprosess.....	12
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
3.4 Søkehistorie	14
3.4 Analyse	15
4.0 Resultater	15
4.1 Artiklenes resultater	16
4.2 Sammenfatting av resultater	21
Konsekvenser.....	21
Forebygging	22
Beskyttelsesfaktorer	22
5.0 Diskusjon	23
5.1 Konsekvenser	23
5.2 Forebygging.....	25
5.3 Beskyttelsesfaktorer	27
6.0 Metodediskusjon.....	29
7.0 Konklusjon	31
Litteraturliste.....	32

1. 0 Innledning

Internasjonale studier har vist at vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn forekommer hyppig (Felitti et al., 1998, i NOU:12, 2017, s.27). Ved utgangen av 2018 var 15 140 barn og unge i alderen 0-17 år under barnevernets omsorg og plassert utenfor hjemmet. Av disse var 1154 plassert i barnevernsinstitusjon (Bufdir, 2019). Plassering utenfor hjemmet er et inngrep som i de fleste tilfeller skyldes alvorlig svikt ved omsorgen (NOU:12, 2017, s. 27).

Omsorgssvikt mot barn vil ha konsekvenser for psykisk helse i ettertid. Ifølge Teicher, Samson, Polcari & McGreenery (2006) er mishandling en viktig psykiatrisk risikofaktor. Voksne med historie av omsorgssvikt har økt risiko for alvorlig depresjon (Arnou, 2004). Depresjon er en psykisk lidelse som kan påvirke den berørte personen negativt på mange ulike arenaer, som skole, jobb og innad i familien (WHO, 2018). I tillegg har barn og unge med en historie av omsorgssvikt større vansker med å tilpasse seg normer i samfunnet enn ikke-utsatte (NOU:12, 2017, s. 34-35). Barn og unge som har blitt utsatt for omsorgssvikt er en sårbar gruppe som kan trenge skreddersydde tiltak og støtte for at endring og utvikling blir mulig.

Temaer i denne litteraturstudien er omsorgssvikt og konsekvenser. Bakgrunnen for mitt valg av tema er at jeg i min avsluttende praksisperiode var utplassert på en omsorgsinstitusjon, der jeg nå er ansatt som ekstrahjelp. I løpet av praksisperioden fikk jeg innblikk i hvordan institusjonen arbeider traumebevisst i møte med ungdommene som bor der. Jeg deltok på kurs om trygghet og sikkerhet i regi av Bufetat hvor jeg lærte om temaene samregulering og toleransevindu. Dette var kunnskap jeg fikk benytte meg mye av i miljøet på praksisplassen. I møte med ungdommene fikk jeg et lite innblikk i hvordan ungdommene har hatt det tidligere i livet og hvordan de har det i dag. Gjennomgående tema for ungdommene var utfordringer med å tilpasse seg normene i samfunnet. Dette kom til uttrykk gjennom utfordrende atferd, vansker med selvregulering, vansker med å forholde seg til husregler og struktur i hverdagen. Å treffe ungdommer som er blitt sviktet av sine omsorgsgivere gjorde et sterkt inntrykk på meg. Disse ungdommene fortjener den beste hjelpen de kan få for å støtte dem i utviklingen videre i livet. Konsekvensene av omsorgssvikt kan være store, rusproblematikk, kriminalitet, og psykiske lidelser. Dette startet min undring om omsorgssvikt. Hvordan påvirker omsorgssvikt den unges utvikling? Hvordan kan jeg som vernepleier hjelpe? Det å fordype

seg i denne tematikken kan gi en bredere forståelse av hvordan vernepleiere kan møte ungdommer som har blitt utsatt for omsorgssvikt.

I Norge er det ikke lov å utøve vold mot barn. Dette følger av barneloven (1981, § 30) som lyder slik: «Barnet må ikkje bli utsett for vald eller på anna vis bli handsama slik at den fysiske eller psykiske helsa blir utsett for skade eller fare». Internasjonalt har vi FNs barnekonvensjonen. I artikkel 19 står det at barn har rett til å trygges mot fysisk eller psykisk vold og mot å bli forsømt (Barnekonvensjonen, 2003).

Vi ser at konsekvensene av omsorgssvikt kan være mange, alvorlige og langsiktige. Dette gjelder individet først og fremst, men også samfunnsmessig. Ifølge en rapport til regjeringen (Rasmussen & Vennemo, 2017) kan barn som har vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt i 2015 eller tidligere i livet, forventes å koste samfunnet omtrent 75 milliarder kr gjennom livsløpet. Ca. 47% av kostnadene beregnes som tapt humankapital, og resterende kostnader er forventede kostnader over offentlige budsjetter.

Vi ser at omsorgssvikt har enorme konsekvenser, både menneskelige og samfunnsøkonomiske. Det å ivareta barn som har opplevd omsorgssvikt kan ha store samfunnsmessige besparelser, men aller viktigst er det at hvert enkelt individ blir tatt hånd om.

1.1 Problemstilling

En vernepleier kan jobbe innenfor ulike etater hvor man kan møte barn og ungdom som har blitt, eller som fremdeles blir, utsatt for omsorgssvikt. Problemstillingen er dermed som følger:

Hvordan kan omsorgssvikt påvirke unges utvikling, og hvordan kan helsepersonell hjelpe unge som har blitt utsatt for omsorgssvikt?

1.2 Avgrensning og presisering

I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense begrepet *unge* til mennesker mellom 12-18 år fordi det er aldersspennet på ungdommer i en omsorgsinstitusjon. Jeg har valgt å gå nærmere inn på omsorgssvikt, og effekter det kan ha på ulike domener i utviklingen. Disse domene inkluderer

biologi, kognisjon, emosjoner og sosialt. Uten å gå i dybden på hjerneforskning, har jeg likevel tatt med en forenklet versjon da det er relevant for helsepersonell å forstå de fysiologiske effektene som oppstår i kroppen ved omsorgssvikt. Oppgaven vil også inkludere teori om traumbasert omsorg.

1.3 Vernepleiefaglig relevans

Vernepleie er omsorgsarbeid med et bredt nedslagsfelt. Kompetansen er mangfoldig der den ligger innenfor flere fag som helsefag, samfunnsvitenskap, juss, miljøarbeid, psykologi og pedagogikk. I samsvar med forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (2019), skal vernepleier ha høy etisk bevissthet, gode kommunikasjons- og samarbeidsferdigheter. Miljøarbeid, habilitering og rehabilitering handler om hvordan vernepleier kan tilrettelegge og motivere for utvikling og å fremme økt livskvalitet. Den vernepleiefaglige relevans støttes i læringsutbytte for vernepleie ved NTNU. En vernepleier bidrar til daglig omsorg med sikte på trivsel, velferd og god fysisk og psykisk helse for den enkelte (NTNU, 2020).

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (2019), sier at vernepleiere skal kunne anvende faglig kunnskap for å bidra til god folkehelse gjennom helsefremming og sykdomsforebygging. Vernepleiere skal også kunne anvende faglig kunnskap for å identifisere symptomer på sykdom og sette inn nødvendige behandlingstiltak til personer med behov for hjelp.

Ifølge helsepersonelloven § 1 (1999) skal helsepersonell bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Videre i § 2 står det at tjenestemottakere har rett på forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Vernepleiere er pliktige til å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp til de som trenger det.

1.4 Begrepsavklaring

Det er mange ulike måter å forstå omsorgssvikt på og det kan være vanskelig å definere.

Omsorgssvikt er en vedvarende manglende evne hos omsorgspersonene til å møte barnets grunnleggende fysiske, psykiske eller emosjonelle behov. Dette kan resultere i alvorlig svekkelse av barnets helse og utvikling (Helsebiblioteket, 2015). Det omfatter også mishandling og seksuelt overgrep.

Begrepet resiliens, eller motstandsdyktighet, referer til individets evne til å håndtere en stressende situasjon for å fungere. Resiliens henger tett sammen med beskyttelsesfaktorer som støtter opp under resiliens, det kan være personlige egenskaper, familieenheten, eller tilstedeværelsen av støttenettverk (Keenan & Evans, 2009, s. 339).

Ifølge Keenan og Evans defineres utvikling som endringsmønstre over tid som begynner ved unnfangelsen og fortsetter gjennom hele livsløpet. Utvikling skjer i ulike domener. Biologisk utvikling handler om fysiske endringer, sosial utvikling om endringer i våre sosiale relasjoner, emosjonell utvikling om endringer i forståelse, og kognitiv utvikling om endringer i vår tankeprosess (Keenan & Evans, 2009, s. 4).

1.5 Hensikt med oppgaven

Formålet med denne litteraturstudien er å undersøke hvilke konsekvenser omsorgssvikt har på utviklingen hos unge. Formålet med denne litteraturstudien er å undersøke hva forskning og faglitteratur forteller oss om hvordan en jobber traumebevisst i møte med unge som har blitt utsatt for omsorgssvikt. Det er ønskelig å at informasjonen kan være nyttig for helsepersonell i møte med denne utsatte gruppen.

2.0 Teori

I dette kapittelet presenteres det aktuell og relevant teori knyttet til problemstillingen. Teorien består av fire bolker. Første del tar for seg tilknytning og andre del handler om psykisk traume og de to ulike traume typene. Deretter vil oppgaven beskrive ulike typer konsekvenser, som

for eksempel endringer i hjerneutviklingen. Til slutt vil oppgaven gi en oversikt over hva som kan gjøres for barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt ved hjelp av forståelsesrammen traumbasert omsorg.

2.1 Tilknytning

For å komme nærmere forståelsen av hvor viktig samspill er for den menneskelige utviklingen, vil oppgaven i korte trekk beskrive tilknytning. Tilknytning som fenomen handler om barnets følelsesmessige binding til de personene som gir omsorg (Smith & Ulvund, 1999, i Askland & Sataøen, 2013, s. 61). Tilknytning kan defineres som det emosjonelle båndet som knytter barnet til én eller flere personer, og vellykket tilknytning kjennetegnes ved at barnet prøver å holde fast på nærheten til omsorgsgivere, og at det blir urolige når denne nærheten er truet (Askland & Sataøen, 2013, s. 61).

En grunnleggende prediksjon av tilknytningsteori er at våre tidlige sosiale erfaringer har en dyp effekt på vår senere utvikling innen sosiale, emosjonelle og kognitive områder (Keenan & Evans, 2009, s.255). Ideelt sett fungerer tilknytningsforholdet som en kilde til kjærlighet og omsorg. Det lar spedbarnet føle seg sikker og trygg mens han utforsker og lærer om verden. Når omsorgsgiver er ufølsomme for barnets behov, enten ved å være for påtrengende eller ved neglekt, kan barnet utvikle en usikker tilknytning. Dette er et desorganisert tilknytningsforhold som ikke klarer å gi barnet en følelse av trygghet (Keenan & Evans, 2009, s.252). Trygg tilknytning er essensielt for utviklingen som skjer videre på alle områder.

2.2 Traume – hva er det?

Vi skiller mellom to typer traumer, fysisk og psykisk traume. I denne oppgaven vil det bli fokusert på psykisk traume. I denne oppgaven vil ordet traume bli brukt for å referere til psykisk traume. Ifølge Van der Kolk mfl. (1996, i Gamst, 2017, s.116) er traume forbundet med overveldende psykiske stressopplevelser som er følelsesmessige skremmende, intense og uforståelige, slik at det ofte ikke er mulig å ta inntrykkene inn over seg og romme dem på

vanlig måte. Det er viktig å skille mellom hendelse og traume. Traume er ikke hendelsen i seg selv, men effekten den har på den som blir utsatt for det.

Litteraturen skiller mellom to typer traumesituasjoner. Type I-traume er hendelser av kort varighet, engangshendelser og uventede opplevelser, som fysisk og psykisk mishandling, ulykker, eller plutselige dødsfall. Type II-traume er hendelser av lang varighet, gjentatte hendelser og forventede opplevelser hvor barnet gjennomlever en serie traumatiske hendelser med uforutsigbar utvikling. Type II-traumer knyttes til såkalt komplekse traumer kjennetegnet av sterk vedvarende belastning som begynte i tidlig barndom (Gamst, 2017, s.117)

2.3 Konsekvenser

Ifølge Gamst (2017, s.116) vil barn som opplever traumehendelser reagerer naturlig med psykiske og fysiske reaksjoner av kortvarig eller langvarig intensitet. Det er derimot ikke gitt at det fører til langtidsplager for alle. Noen kan utvikle alvorlige problemer, mens andre gjør det ikke. Faktorer som spiller inn her er sårbarhet, varighet av hendelsen, beskyttelsesfaktorer, tidligere gode erfaringer, og hvordan barnet er støttet og ivaretatt (Gamst, 2017, s.116). Barn som erfarer komplekse traumer, vil normalt reagere emosjonelt i etterkant. Det kan være engstelse, depresjon eller konsentrasjonsvansker. Barn utsatt for vedvarende traumatisering fra nære relasjoner i sitt omsorgssystem kan utvikle symptomer på posttraumatisk stresslidelse (Van der Kolk, 1996, i Gamst, 2017, s.117). Dette er en diagnostisk fellesbetegnelse på lidelser etter traumeopplevelser.

Opgavens problemstilling handler om hvordan omsorgssvikt kan påvirke unges utvikling. Ifølge Teicher & Andersen (2003) vil tidlige psykiske påkjenninger og omsorgssvikt utløse en kaskade av nevrobiologiske hendelser som potensielt kan forårsake varige endringer i hjerneutviklingen. Disse endringene skjer på flere nivåer, fra overføringer av transmittersubstans mellom synapser til struktur og funksjon. De viktigste strukturelle konsekvensene av tidlige psykiske påkjenninger er redusert størrelse av midtpartiene på hjernebjelken og dempet utvikling av blant annet amygdala ifølge denne studien. Andre konsekvenser som studien viser er de funksjonelle. Sensitiviteten i det limbiske system er økt og den funksjonell aktivitet av lillehjernen er redusert (Teicher et al., 2003). Forskning tyder

på at lillehjernen har viktige funksjoner i forbindelse med kognisjon og emosjoner (Blindheim, 2011, s. 56). Et gjennomgående funn er at omsorgssvikt skaper en overfølsomhet i HPA-aksen. Den er sentral for styringen av stressreaksjoner hvor den sender ut signaler som trigger utskillelse av adrenalin og kortisol (NOU 2017:12, s.33).

Ifølge Gamst (2017, s.116) er hjernen avhengig av god påvirkning fra omgivelsene for å utvikle seg normalt. Nyere nevrobiologisk forskning har vist at hjernen er «plastisk foranderlig» i forhold til ytre stimuli, den utformer seg etter de omgivelsene den er i. Forskning viser at hjernestrukturer er endret hos barn som har vært utsatt for omfattende stress, traumer og omsorgssvikt tidlig i livet. Det gjelder ikke bare type II-traumehendelser, men også høyt stressnivå og belastninger hos barn. Når barnet er under press av belastende hendelser over tid, vil hjernen settes i en konstant tilstand av frykt. Dette skader hjernenerveceller og funksjon over tid på grunn av de ulike stresshormoner som utløses (Gamst, 2017, s.116).

Trickett, Noll & Putnam (2011) utførte en langtidsstudie som tar for seg effekten av seksuelt misbruk på utviklingen hos kvinner. Den viser til en rekke skadelige konsekvenser. Disse inkluderer tidligere utbrudd av puberteten, større grad av risikofylt seksuell atferd, kognitive mangler, dårligere skoleprestasjoner, depresjon og dissosiative symptomer. Videre nesten fire ganger så stor risiko for å utvikle selvskadning og suicidal atferd og nesten dobbelt så stor risiko for å oppleve vold og seksuelt misbruk som voksne enn de som ikke hadde vært seksuelt misbrukt. Funnene tyder også på at opplevd seksuelt overgrep i tidlig alder er en betydelig risikofaktor for økt risiko for overvekt i voksen alder, svakere immunsystem og generelt dårligere fysisk helse. Undersøkelsen viser også at personer i denne kategorien kan ha større risiko for å utsette egne barn for vold.

2.4 Traumebevisst omsorg

Jørgensen og Steinkopf (2013, s.1) definerer traumebevisst omsorg som en verdiforankret tilnærming som tar utgangspunkt i hvordan psykologiske traumer påvirker barns utvikling og atferd. Tilnærmingen er utviklet med grunnlag i forskning, spesielt innen hjerneforskning, utviklingspsykologi og tilknytningsforskning. Det er ikke en metode, men heller en

forståelsesramme som tar sikte på å gi konkrete redskaper til hjelp for blant annet miljøpersonale i møte med barn og ungdom som har behov for det

Traumebevisst omsorg forklares gjerne som et «hus» som bygges opp rundt barnet og omsorgspersonene. Det er tre pilarer, eller hovedprinsipper, som alt omsorgsarbeid hviler på: trygghet, relasjon og affektregulering (Jørgensen og Steinkopf, 2013, s. 3). Ifølge Gamst (2017) er toleransevinduet en modell som viser hvordan vi kan forstå og støtte utviklingstraumatiserte barn og unge. Toleransevinduet har tre soner. Den i midten heter «den optimale aktiveringssonen» og det er når man er konsentrert, lærer og er til stede i sosiale interaksjoner. Sonene over og under kalles hyperaktivering og hypoaktivering. Ved hyperaktivering blir vi overveldet av stresset. Ved hypoaktivering kan man oppleve tomhet og avstengthet overfor omgivelsene. Alle disse tre tilstandene går man gjennom i dagliglivet og bruker ulike strategier for å komme tilbake til den optimale aktiveringssonen. Barn som har opplevd utviklingstraumer opplever derimot å ha en innskrenket aktiveringssone på grunn av et svakere reguleringsystem som i mindre grad kan hjelpe en til å takle vanskeligheter. Det betyr at det skal lite til før barnet opplever uro og går i alarmberedskap eller tomhet.

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Med metode menes «den systematiske fremgangsmåten for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2019, s. 74). Å systematisere vil si å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sette det sammen. I denne oppgaven er litteraturstudie brukt som metode. Litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 77). Videre er litteraturstudie en beskrivelse av kunnskap og en analyse av et utvalg av studier som finnes innenfor et bestemt område (Forsberg & Wengström, 2013, referert i Thidemann, 2019, s. 79). Artikler med forskning er blitt benyttet for å belyse problemstillingen.

3.2 Søkeprosess

Etter å ha funnet tema og metode, startet jeg med et ustrukturert og orienterende litteratursøk som forberedelse for det systematiske litteratursøket. Hensikten med innledende litteratursøk er å få en oversikt over litteratur og forskning i ulike kilder, og å bidra til å avgrense hovedsøket. Innledende litteratursøk sier noe om omfanget av litteratur og forskning knyttet til problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 81-82.)

I innledende litteratursøk har jeg primært brukt søkemotorene Google Scholar, Oria og Idunn for å finne ut hvilke søkeord som ga treff på artikler relevante for problemstillingen min. Søkene foregikk både på norsk og engelsk for å ikke begrense antall treff mer enn nødvendig. Jeg begynte å søke på forskjellige databaser, men valgte ut fagdatabasene Google Scholar og Oria, da de er tverrfaglige, og Idunn for å finne aktuelle fagtidsskrifter. Denne oppgaven har en todelt problemstilling og søkene er gjort med dette i bakhodet. For å få mer kunnskap om hvordan omsorgssvikt kan påvirke unges utvikling søkte jeg med ordene *omsorgssvikt*, *utvikling* og *tilknytning*. For å finne informasjon om hvordan helsepersonell kan hjelpe unge som har blitt utsatt for omsorgssvikt søkte jeg med ordene *traumebevisst omsorg* og *relasjoner*. Ved å se på tittel og nøkkelord for ulike artikler, var det mulig å finne hvilke ord som var gjentakende, hva som var relevante for problemstillingen, og beslektede begreper til nøkkelbegrepene i problemstillingen. Det innledende søket ga et inntrykk av omfanget av litteratur om temaene barn, utvikling og omsorgssvikt. På denne måten fikk jeg orientert meg i litteraturen og hentet relevant kunnskap.

Ifølge Thidemann er det viktig å konkretisere informasjonsbehovet ved å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar. For å hjelpe meg å formulere problemstillingen min har jeg brukt rammeverket PICO (Population, Intervention, Comparison og Outcome) (Thidemann, 2019, s. 82).

P - Population	I – Intervention	C – Comparison	O - Outcome
Barn og unge	Hvordan omsorgssvikt kan påvirke unge	Ingen	Hvordan helsepersonell kan bistå unge som har blitt utsatt for omsorgssvikt

I den systematiske søkeprosessen gikk jeg over til å primært bruke den internasjonale søkemotoren PubMed som tar for seg biovitenskapelig litteratur. Jeg søkte strukturert med en kombinasjon av søkeordene *child*, *cognition* og *development*, *abuse* og *relations*. De nevnte søkeordene ble kombinert med AND og OR (Thidemann, 2019). Jeg brukte helsebiblioteket.no (<http://mesh.uia.no/>) sitt oppslagsverk over MeSH-terms for å finne relevante søkeord for problemstillingen i databasene. Søkene ble ført i en logg, og søkene som førte til de inkluderte artiklene er ført opp i neste kapittel. Oppsettet av søkeloggen er hentet fra tabellen til Thidemann (2019, s. 89), men har erstattet kolonnen om søkets nummer og med kolonne om valgt database.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å gjøre søket mer hensiktsmessig har jeg definert inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette vil avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2019, s.83). Disse kriteriene kommer frem av tabellen under.

Inklusjonskriterer	Eksklusjonskriterer
Artikler de siste 10 år (2010)	Kun voksne
Norsk/engelsk	Oversiktsartikler
Kvalitativ og kvantitativ	Ikke fagfelleverdert
Omsorgssvikt	

3.4 Søkehistorie

Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
29.04.20	Google Scholar	Omsorgssvikt AND utvikling AND tilknytning		3 210	7	3	0
29.04.20	PubMed	Resilience, psychological AND child abuse AND child development	Artikler de siste ti år, fagfelleverdert	10	3	2	1 Artikkel 3
29.04.20	PubMed	Childhood trauma AND anxiety disorder AND chronic pain	Artikler de siste ti år, fagfelleverdert	17	4	2	1 Artikkel 4
29.04.20	PubMed	Adolescent AND child welfare AND child abuse AND risk taking	Artikler de siste ti år, fagfelleverdert	5	3	2	1 Artikkel 2
29.04.20	PubMed	Child OR child development OR infant AND cognition AND child relationship-parent	Artikler de siste ti år, fagfelleverdert	54	5	2	1 Artikkel 1
29.04.20	PubMed	Child abuse AND mental health AND emotions	Artikler de siste ti år, fagfelleverdert	35	3	2	1 Artikkel 5
29.04.20	Oria	Omsorgssvikt AND traumebevisst omsorg	Artikler de siste dem år	8			

3.5 Analyse

Ifølge Thidemann er analyse å granske hva teksten forteller og å tolke teksten for å forstå den. Det vil være nødvendig å lese teksten flere ganger, både i sin helhet og i deler (2019, s. 92). Jeg begynte analysen ved å skimlese tekstene for å få en oversikt over hva de handlet om og for å finne hovedtemaene. Jeg leste så gjennom abstract og konklusjon for å få tydeliggjort essensen i innholdet, og skrev ned stikkord og overordnede temaer til hjelp for senere arbeid. Deretter skimleste jeg tekstene i sin helhet flere ganger samtidig som jeg hadde problemstillingen min foran meg (Thidemann, 2019, s.93). Dette gjorde jeg for å sjekke tekstenes relevans til oppgavens problemstilling. Deretter leste jeg artiklene i deler for å forstå detaljene (Thidemann, 2019, s. 33). Her gikk jeg gjennom deler av tekstene mer grundig og leste med fokus på hensikt, metode og resultater og markerte dem i ulike farger med markeringstusjer. Alle utvalgte artikler er på engelsk og vanskelige ord ble slått opp og oversatt for å forstå innholdet. Jeg gikk også gjennom artiklenes referanselister for å muligens finne andre studier som kan være relevante for oppgaven. Jeg sjekket at artiklene fulgte IMRaD-struktur og at de var fagfellevurderte. Deretter lest jeg artiklene i sin helhet og i deler et par ganger. Til slutt merket jeg av de sentrale temaene i teksten. Disse skrev jeg ned på hvert sitt ark og laget koder som passet under disse. Temaene for litteraturstudien er konsekvenser, beskyttelsesfaktorer og forebygging. Videre gransket jeg temaene for å se etter likheter og forskjeller (Thidemann, 2019, s. 93). Til slutt leste jeg tekstene på nytt med fokus på både helhet og detaljer (Thidemann, 2019, s. 33). Endelig hensikt og resultater ble sammenfattet på fem ulike ark for å få en god oversikt over forskjellene til de fem ulike studiene.

4.0 Resultater

Resultatene av de fem utvalgte artiklene blir presentert i hver sin litteraturmatrise. Litteraturmatrise er et hjelpemiddel som brukes for å sammenfatte innholdet fra artiklene på en oversiktlig måte og er et nyttig hjelpemiddel (Thidemann, 2019, s. 95). Deretter vil resultatene sammenfattes og diskuteres.

4.1 Artiklenes resultater

Tittel	<i>Artikkel 1</i>
Referanse	Enlow, M. B., Egeland, B., Blood, E. A., Wright, R. O., & Wright, R. J. (2012). Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study. <i>Journal of epidemiology and community health</i> , 66(11), 1005–1010. https://doi.org/10.1136/jech-2011-200727
Hensikt	I denne studien var målet å undersøke effekten av mellommenneskelig traumeeksponering på barns kognitive funksjon i de første leveårene.
Metode	Metoden er en kvantitativ undersøkelse hvor 206 barn deltok. Disse barna ble vurdert prospektivt for eksponering for mellommenneskelig traumeeksponering (fysisk eller emosjonell omsorgssvikt, seksuelt misbruk eller vitne til vold) mellom fødsel og 64 måneder. Faktorer som rase, etnisitet, kjønn, sosioøkonomisk status, mors IQ, fødselskomplikasjoner, fødselsvekt og kognitiv stimulering i hjemmet ble tatt hensyn til.
Resultater	Resultatene av undersøkelsen viser at mellommenneskelig traumeeksponering var signifikant assosiert med langsiktige og skadelige konsekvenser. Det inkluderer dårlige faglige prestasjoner og dårlig tilpasning. Funnene viser redusert kognitiv score på alle målte tidspunkter. Resultatene viste at de to første årene så ut til å være spesielt skadelig for barna da barna har økt følsomhet i denne perioden. Videre antyder funnene at effekten av traumeeksponering kan ha uheldige effekter på kognitiv utvikling og at de kan vedvare over tid, potensielt livet ut.
Metodekritikk	Forfatterne trekker frem størrelsen på utvalget som en betydelig svakhet i studien. Flertallet av barn som har blitt vurdert for eksponering for mellommenneskelig traume i spedbarnsalder har også vært utsatt for dette i førskolealder. Det gjør det vanskeligere å skille mellom tidseffekter og kroniske tilstander.
Relevans	Forfatterne understreker viktigheten av å identifisere familier med risiko og forhindre traumeeksponering i tidlig alder for å fremme positiv kognitiv utvikling gjennom barndommen. Dette vil være relevant for helsepersonell som jobber med barn og unge i denne gruppen.

Tittel	<i>Artikkel 2</i>
Referanse	Fowler, P. J., Motley, D., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., & Landsverk, J. (2015). Adolescent maltreatment in the child welfare system and developmental patterns of sexual risk behaviors. <i>Child maltreatment</i> , 20(1), 50–60. https://doi.org/10.1177/1077559514548701
Hensikt	Studien undersøker om omsorgssvikt påvirker utviklingsmønsteret for seksuell risikoatferd hos ungdom, og om plasseringstiltak gjort av barnevernet beskyttet ungdommene i denne prosessen.
Metode	Metoden brukt i denne studien er en kvantitativ metode. Deltakerne inkluderte 714 ungdommer mellom 13-17 år som ble fulgt over 18 måneder. Utvalget besto av ungdommer som både bodde hjemme og som var plassert utenfor hjemmet. Studien brukte selvrapporteringsintervju hvor deltakere svarte med en 8-punkts skala. og hadde en oppfølgingsperiode. Studien gikk ut på å analysere tre mønstre av seksuell risikoatferd: avhold fra sex, trygg sex med flere partnere og utrygg sex med flere partnere.
Resultater	Funn fra denne studien gir en mer nyansert forståelse av seksuell risikoatferd blant ungdommer som er involvert med barnevernet. Resultatene viser at de fleste ungdommene gikk over til tryggere seksuelle atferdsmønstre over tid. Funnene indikerer en positiv utviklingstrend hos ungdommer som har vært i kontakt med barnevernet, hvor mange utvikler sunnere seksuell praksis over tid med støtte fra barnevernet.
Metodekritikk	Forfatterne legger frem generaliserbarheten av seksuell risikoatferd i funnene som en begrensning. Studien fokuserte på vaginalt samleie, og utelukker derfor seksuell praksis blant partnere av samme kjønn. Dermed fanger studien ikke opp hele spekteret av seksuell risikoatferd og tilhørende alvorlighetsgrad. En annen begrensning forfatterne trekker frem er den korte oppfølgingsperioden. Dette begrenser forståelsen av prosesser som er involvert i overgangen til voksenlivet.
Relevans	Studien gir viktig informasjon for forebyggingsprogrammer utøvd av barnevernet og understreker viktigheten om å fremme positive overganger til voksenlivet. Dette er relevant informasjon for helsepersonell som jobber med denne gruppen.

Tittel	<i>Artikkel 3</i>
Referanse	Dubowitz, H., Thompson, R., Proctor, L., Metzger, R., Black, M. M., English, D., Poole, G., & Magder, L. (2016). Adversity, Maltreatment, and Resilience in Young Children. <i>Academic pediatrics</i> , 16(3), 233–239. https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.12.005
Hensikt	Studiens mål er å undersøke resiliens i barn som er oppvokst i risikomiljø, og beskyttelsesfaktorer som bidrar til deres evne til å tilpasse seg.
Metode	Metoden er en longitudinell kvantitativ undersøkelse hvor utvalget var 943 familier med barn i alderen 4 eller 6. Standardiserte målinger for resiliens ble brukt ved alder 4 og 6 for å vurdere barnas funksjon på 3 hoveddomener: atferdsmessige, sosial, og kognitiv utvikling.
Resultater	Resultatene av studien viste at nesten halvparten (48%) av utvalget viste tegn på resiliens. Videre viste resultatene at ved 4 år var kun 29% vurdert som «kompetent» på de 3 hoveddomenene. Ved 6 år var prosentandelen 52. Domenet som utvalget var vurdert mest «kompetent» på var kognitiv utvikling, etterfulgt av atferd og sosial utvikling. Resultatene viser at det har sammenheng med ingen erfaringer med mishandling, at omsorgsgiver rapporterte få depressive symptomer, færre barn i hjemmet og at omsorgsgiver hadde fast arbeid.
Metodekritikk	Forfatterne tar frem begrensninger i studien som bør bemerkes, blant annet at genetikk kan ha påvirket resultatene. I tillegg påvirker definisjonen av kompetanse og resiliens funnene i studien. Forskere har definert disse begrepene på varierende måter, noe som gjør sammenligninger på tvers av studier vanskelig. Videre trekker forfatterne frem at domener som ikke er inkludert i denne studien, som fysisk helse og helseatferd, er viktige. Kriterier for å oppnå resiliens var relativt lav.
Relevans	Funnene i denne studien er oppmuntrende for barn som har opplevd motgang, for familiene deres og for fagfolkene som jobber med dem.

Tittel	<i>Artikkel 4</i>
Referanse	Kascakova, N., Furstova, J., Hasto, J., Madarasova Geckova, A., & Tavel, P. (2020). The Unholy Trinity: Childhood Trauma, Adulthood Anxiety, and Long-Term Pain. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 17(2), 414. https://doi.org/10.3390/ijerph17020414
Hensikt	Målet med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom barnets traumer, rapportering om angst og langvarige smerteforhold i voksen alder i den generelle og kliniske populasjonen.
Metode	Metoden brukt i denne studien er en kvantitativ undersøkelse. Utvalget består av 1800 personer hvor gjennomsnittsalderen var 46,6 år og 48,7% var mannlige. Studien bruker en tverrsnitts spørreskjema basert undersøkelse. Utvalget ble bedt om å rapportere angst, ulike kroniske og smerterelaterte tilstander, og barndomstraumer.
Resultater	Resultatene av undersøkelsen viste at rapporteringer av emosjonelt misbruk eller omsorgssvikt, eller fysisk omsorgssvikt, var assosiert med rapporteringer om angst og langvarig smerte som voksne. Resultatet gjaldt både den generelle og kliniske gruppen.
Metodekritikk	Smertetilstanden til utvalget var basert på egenrapport av en diagnose, som kan være upresis. Dette trekker forfatterne frem som en begrensning. Videre var erfaring med barndomstraumer eller livstressorer basert på retrospektive selvrappporter som også kan være upresise. På en annen side så har studier vist en trend for betydelig underrapportering snarere enn overrapportering av overgrep om omsorgssvikt av barn i voksen alder. En annen begrensning er at foreldres psykiske helse og fattigdom ikke er blitt vurdert i denne studien.
Relevans	Funnene belyser relevansen av ulike typer barndomstraumer som en mulig faktor som bidrar til angst med samtidige smerteforhold i voksen alder i både den generelle og kliniske populasjonen. Dette er relevant informasjon for helsepersonell som jobber med denne gruppen.

Tittel	<i>Artikkel 5</i>
Referanse	Khambati, N., Mahedy, L., Heron, J., & Emond, A. (2018). Educational and emotional health outcomes in adolescence following maltreatment in early childhood: A population-based study of protective factors. <i>Child abuse & neglect</i> , 81, 343–353. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.05.008
Hensikt	Denne studien hadde som mål å identifisere de viktigste beskyttelsesfaktorene for god akademisk oppnåelse og positiv emosjonell helse hos ungdommer som har opplevd omsorgssvikt.
Metode	Metoden brukt i denne studien er kvantitativ. Utvalget inkluderte 13,954 deltakere. Utvalget for analysene ble definert av mors rapporter om fysisk eller emosjonell mishandling overfor barnet, utført av enten moren eller hennes partner. Eksponeringsperioden som ble valgt var de første fem leveårene av flere årsaker: (1) risikoen for mishandling er størst i tidlig barndom; (2) denne perioden er mest kritisk for å forme fremtidig helse og utvikling; og (3) små barn er spesielt utsatt for negativ påvirkning. Data ble samlet inn fra mødre ved bruk av spørreskjemaer ved 8, 21, 33, 47 og 61 måneder.
Resultater	Resultatene viser at mange barn utsatt for barnemishandling oppnår bedre resultater enn forventet i ungdomstiden, selv når de har opplevd mer alvorlige former for mishandling. Viktige beskyttelsesfaktorer for positiv tilpasning i utdanning var tilfredshet med skolen, gode kommunikasjonsferdigheter, fritidsaktiviteter og fravær av mobbing.
Metodekritikk	Forfatterne trekker frem at rapportene om mishandling og alvorlighetsgrad fra foreldre kan være underrapporterte. Dette vil begrense resultatet.
Relevans	Ved å få en bedre forståelse av hvordan individer som har blitt utsatt for barnemishandling viser resiliens og tilpasningsdyktighet senere i livet, kan helsepersonell få verdifull informasjon om hvilke måter vi kan forhindre negative konsekvenser.

4.2 Sammenfatting av resultater

I denne delen vil sammenfatte relevante resultater fra artiklene. Likheter og forskjeller mellom dem gjennomgås. Ut ifra resultatene fra disse artiklene har det blitt valgt ut tre gjennomgående tema, disse presenteres her og vil bli diskutert i neste kapittel.

Tema	Kategorier
Konsekvenser	Angst og kronisk smerte
	Seksuell atferd
	Kognitiv utvikling
Forebygging	Kunnskap
	Benytte beskyttelsesfaktorer
Beskyttelsesfaktorer	Gode kommunikasjonsferdigheter
	Støtte – skoleprestasjoner og seksuell atferd

Konsekvenser

Et funn fra artikkelen til Kascakova et al. viser at det er en sammenheng mellom barn som rapporterte emosjonell eller fysisk omsorgssvikt og fare for å utvikle angst og kronisk smerte senere i livet. Angstsymptomer er forbundet med angstlidelser og justeringsforstyrrelser. Kroniske smerter er et stort folkehelseproblem som negativt påvirker livskvalitet, søvn, arbeid og dødelighet (Kascakova et al., 2020).

Sammenlignet med andre ungdommer har ungdommer som er involvert i barnevernssystemet vist mer risikabel seksuell atferd, som kan resultere i kjønnsykdommer eller tidlig graviditet. Studien tyder på at dette fortsetter i voksen alder med langsiktige helsemessige konsekvenser (Fowler, et al., 2015). Et funn var at ungdommene som scoret høyest på seksuell risikoatferd ved starten av undersøkelsen, var mest sannsynlig til å rapportere påfølgende hendelser av omsorgssvikt. Studien til Fowler et al. (2015) gir et mer nyansert bilde av seksuell risikoatferd hos denne gruppen og inkluderer fokus på risiko- og beskyttelsesfaktorer som har sammenheng med seksuell helse i et lengre tidsperspektiv. Undersøkelsen viser at flesteparten av ungdommene tok i bruk tryggere seksuelle atferdsmønstre over tid med støtte fra barnevernet (Fowler, et al., 2015).

Enlow et al. (2012) sin studie fokuserte på effekten mellommenneskelig traumeeksponering har på barns kognitive funksjon med spesielt fokus på tidlig utvikling. De hevder at mellommenneskelig traumeeksponering som skjer i tidlig utvikling var signifikant assosiert med varig redusert kognitiv score på IQ, språkutvikling og skoleprestasjoner. De to første leveårene var markert som en spesielt sensitiv periode. Funnene tyder på at effektene av traumeeksponering tidlig i utviklingen kan vare lenge; de kan bestå livet ut. Effektene inkluderer dårlig tilpasning gjennom livet og dårligere skoleprestasjoner. Videre peker funnene på forholdet mellom forelder og barn spiller en viktig rolle i kognitiv utvikling.

Forebygging

Gjennomgående tema for artiklene er hvilke tiltak som kan gjøres for å forebygge konsekvensene omsorgssvikt kan ha. Resultatene til Kascakova et al. (2020) belyser relevansen av ulike typer omsorgssvikt som mulige faktorer som kan bidra til angst og kronisk smerte i voksen alder. Typer omsorgssvikt som ble undersøkt i denne studien er emosjonell mishandling og neglekt, og fysisk mishandling og neglekt. Resultatene viser at omsorgssvikt har en sammenheng med angst og kronisk smerte. Større bevissthet om disse faktorene og hva det kan føre til kan være nyttig i forebygging mot angst og kronisk smerte. Pasienter med angst og langvarig smerte bør kartlegges for traumatiske erfaringer i tidlig utvikling fordi det kan være nyttig i planlegging av effektive strategier. Nyttige strategier kan bestå av utdanning om mekanismen som ligger under kronisk smerte, bedre selvforståelse, fremme et positivt selvbilde og ulike avslappingsteknikker. Studien trekker også frem at økt bevissthet og kunnskap om negative konsekvenser av omsorgssvikt, spesielt mindre synlige typer som emosjonell mishandling og neglekt, kan hindre ansvarsfraskrivelse av befolkningen (Kascakova et al., 2020).

Beskyttelsesfaktorer

Faktorer som motvirker en risikofylt situasjon som barnet allerede står i, kalles for beskyttelsesfaktorer (Dubowitz et al., 2016, Khambati et al., 2018). Mye av forskningen som er blitt gjort om barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt har fokusert på negative resultater. Det fremgår av forskningsartiklene som omhandler resiliens at det er mye vi kan lære barn

som viser resiliens i en sårbar situasjon. Felles for begge studier er at gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å fremme resiliens hos utsatte barn. Barn med god sosialkompetanse kan i større grad lykkes med å finne ikke-aggressive løsninger på problemer i skolen og danne tillitsfulle relasjoner med andre, noe som kan styrke deres sosiale nettverk (Lansford et al., 2006, i Khambati et al., 2018). Ifølge studien til Dubowits et al. (2016) viser mange flere barn sosial kompetanse i alderen 6 år enn ved 4 år.

Studien til Khambati et al. (2018) ser på beskyttelsesfaktorer for gode skoleprestasjoner og emosjonell helse hos ungdommer som har opplevd fysisk og psykisk omsorgssvikt. Funnene viser at beskyttelsesfaktorene har sammenheng med det sosiale nettverket. Disse beskyttelsesfaktorene er tilfredshet med skole, fravær av mobbing, og regelmessig deltakelse på fritidsaktiviteter. Det ga positivt utslag på faglig prestasjon, emosjonell helse og selvtillit. Videre antyder funnene på at faktorer som fremmer resiliens i ungdomstiden er universelle.

5.0 Diskusjon

I denne delen skal sammenfatningen av resultatene bli diskutert opp mot den teoretiske rammen gjengitt i teoridelen. Problemstillingen som ligger bak diskusjonen er: Hvordan kan omsorgssvikt påvirke unges utvikling? Og hvordan kan helsepersonell hjelpe unge som har blitt utsatt for omsorgssvikt?

5.1 Konsekvenser

Forskningsartiklene til Enlow et al. (2012), Fowler et al. (2014) og Kascakova et al. (2020) handler om kortsiktige og langsiktige konsekvenser av omsorgssvikt. Funnene fra disse studiene viser at ungdommer som har blitt utsatt for ulike typer omsorgssvikt i tidlig alder står i fare for å utvikle angst og kronisk smerte, er sårbare for å utvikle risikabel seksuell atferd, har dårligere forutsetninger for å prestere på skolen, og har dårligere forutsetninger for tilpasning gjennom livet. Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (2019), sier at vernepleiere skal anvende faglig kunnskap, helsefremming og sykdomsforebygging,

for å bidra til god folkehelse. Faglig kunnskap skal anvendes av vernepleiere for å identifisere symptomer på sykdom og sette inn nødvendige behandlingstiltak til personer som trenger det.

Videre kan vi se i helsepersonelloven at helsepersonell har et ansvar og en plikt til å melde fra til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, eller når et barn viser tegn på alvorlige atferdsvansker i form av kriminalitet, rusmisbruk, eller en annen form for utpreget normløs atferd (Helsepersonelloven, 1999, § 33). Dette er ikke bundet av taushetsplikten. Ifølge straffeloven (2005, § 196) vil helsepersonell også kunne ha plikt til å avverge et straffbart forhold. Avvergingsplikten omfatter blant annet ulike former for vold og overgrep mot barn. Plikten inntreffer når det fremstår som sikkert eller mest sannsynlig at den aktuelle straffbare handlingen er eller vil bli begått. Avvergingshandlingen er anmeldelse til politiet eller å melde fra til barneverntjensten (Helsedirektoratet, 2018). Her vil kanskje mange vegre seg for å gå inn i en prekær situasjon. Vi ser her tydelig at dårlige oppvekstvilkår kan få store konsekvenser for unges utvikling, helse, livskvalitet og fremtid. Det blir sagt at «it takes a village to raise a child» som kan oversettes med at alle har et ansvar for å ivareta barn. Man skal ikke unnlate å gripe inn, men det må gjøres på en måte som tar hensyn til barnets totale livssituasjon og framtidsutsikter. Barnets beste er det overordnede målet.

For å lære er vi avhengige av å rette vår oppmerksomhet mot noe. Personer som har opplevd sviktende omsorg kan ha store oppmerksomhetsproblemer fordi oppmerksomheten vender seg innover mot egen uro, noe som reduserer kapasiteten for en mer kognitivt styrt oppmerksomhet (Power & Dalgeish, 2008, i Jacobsen & Gjertsen, 2010, s.18). Dette støttes av studien til Enlow et al. (2012) som hevder at traumeeksponering som skjer tidlig i utviklingen har sammenheng med redusert kognisjon og dårligere skoleprestasjoner. Problematiske atferd i klasserommet i barndommen kan gi et uheldig utgangspunkt for akademiske prestasjoner senere i livet (Trickett, Noll & Putnam, 2011). Studien til Kascakova et al. (2020) antyder at å promotere et positivt skolemiljø vil gagne de utsatte barna. Resiliens kan komme av både individuelle trekk og av samhandling mellom individet, miljøet rundt og tjenestene som er tilgjengelige for dem. Fordi at miljøfaktoren spiller en viktig rolle for resiliens, gode faglige prestasjoner og emosjonell helse hos utsatte barn, er det viktig med et støttende og positivt skolemiljø (Khambati, et al., 2018).

Helsepersonell som jobber med denne utsatte gruppen bør ha tett samarbeid med skolen for å gi barn og unge best mulig oppfølging. Ifølge opplæringsloven (1998, §2-1 og § 3-1) har barn og unge har rett til utdanning. Etter barneloven §3-2 skal barnevernet (1992) medvirke til å ivareta barnets interesser også av andre offentlige organer, og samarbeide med andre sektorer når det kan bidra til å løse oppgaver som barnevernet er pålagt etter barneloven. Forskrift til opplæringsloven (2006, § 20-1) sier at skolen skal sørge for å sette eleven i sentrum og bidra til faglig og sosial utvikling. Lærere skal ha kunnskap om oppvekstmiljø, likestilling og identitetsarbeid, barn i vanskelige situasjoner og barns rettigheter. I samarbeid med foresatte og faglige instanser skal de kunne identifisere behov hos elevene og iverksette nødvendige tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.95). Derfor har barnevern, skole og helsepersonell juridisk plikt til å følge opp barn i vanskelige situasjoner.

5.2 Forebygging

Dubowitz et al. (2016) sier at utfordrende og «høyrisikosammenhenger» ikke en garanti for dårlige utfall; nesten halvparten av utvalget i studien oppnådde kriteriene for resiliens. Dette er oppmuntrende funn for barn og unge som har opplevd motgang i livet, familiene deres og helsepersonell som jobber med dem. Videre påpekes det at effekten av omsorgssvikt var relativt liten når en tar til høyde for risikofaktorene som disse ungdommene var utsatt for. Dermed ser vi at i det er gode muligheter for motstandsdyktighet i møte med motgang. Eksempler på beskyttelsesfaktorer er regelmessig deltakelse på fritidsaktiviteter, fravær av mobbing, tilfredshet med skole, god følelsesregulering og gode kommunikasjonsferdigheter (Dubowitz et al., 2016 og Khambati et al., 2018). På en annen side kommer det frem av studien til Dubowitz et al. (2016) at mange barn ikke oppnådde kriteriene for resiliens. Dette er en sårbar gruppe som trenger støtte og oppfølging. En utfordring for helsepersonell kan være å kartlegge hvilke tiltak som bør gjøres i ulike situasjoner.

Som helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt er det viktig å forebygge potensielle kortsiktige og langsiktige konsekvenser av omsorgssvikt. En fellesnevner for konsekvenser av omsorgssvikt er at følelser blir overveldende og vanskelig å håndtere. Van der Kolk (2005, i Bath 2008) sier at kjernen i traumatisk stress er at evnen til å regulere indre tilstander, inkludert følelser som redsel, sinne og seksuelle impulser bryter sammen.

Ungdommer som har blitt utsatt for omsorgssvikt er sårbare for å utvikle risikabel seksuell atferd (Helsedirektoratet, 2018). Tidligere forskning tyder på at dette kan få varige helsemessige konsekvenser. Langtidsstudien til Trickett, Noll & Putnam (2011) viste at utvalget var nesten fire ganger så sannsynlig til å utvikle selvskading og suicidal atferd. På en annen side uttrykker studien til Fowler et al. at det ikke trenger å være tilfellet. Denne studien viste at flesteparten av utvalget gikk over til tryggere seksuell atferdsmønstre over tid med hjelp fra barnevernet (Fowler et al., 2015). Studien til Khambati et al. (2018) viser oss at resiliens ikke kun kommer av individuelle karakteristikk, men også av samhandling mellom individet og miljøet rundt individet med de tjenestene som er tilgjengelige for dem. Vi ser her at helsepersonell spiller en viktig rolle i livene til traumeutsatt barn og unge. Det er viktig at helsepersonell ivaretar ungdommen med fagkunnskap, omsorg og tjenester. En av vernepleierens kjerneroller er å være en myndiggjørende veileder (Brask, Østby & Ødegård, 2016). Myndiggjøring, eller «empowerment», er en prosess som handler om frigjøring og maktoverføring til personen selv. Det er en prosess med mål om å øke personens kontroll over egen helse og situasjon. «Empowerment» kan bli brukt for å gi makt tilbake til den som har blitt fratatt makt tidligere, eller for å styrke en iboende kraft slik at en selv kan påvirke situasjonen en er i (Brask, Østby & Ødegård, 2016, s. 75). Ved å fokusere på beskyttelsesfaktorer og styrker ved unge som har blitt utsatt for omsorgssvikt kan helsepersonell lykkes med å fremme sunn utvikling. Dette er noe jeg har erfart i møte med ungdommer på praksisplassen min. Ved å legge til rette for mestringsopplevelser, videreutvikling av ferdigheter og vedlikehold av relasjoner, virket det som at både selvtillit og positivt selvbilde økte.

Ifølge Kascakova et al. (2020) er barn som har opplevd omsorgssvikt mer sårbare for å utvikle angst og kronisk smerte senere i livet enn andre barn. For å planlegge effektive terapeutiske strategier bør først og fremst pasienter med angst og kronisk smerte kartlegges for forekomst av traumer i barndommen. Dette er informasjon som er viktig for helsepersonell å være klar over. Andre strategier som kan hjelpe er undervisning om mekanismer som opprettholder kronisk smerte eller ulike avslapningsteknikker. Videre er kunnskap en viktig forutsetning for å lykkes i arbeidet med å ivareta barn og unge som har opplevd omsorgssvikt. Kunnskap innebærer blant annet å gi undervisning og veiledning til dysfunksjonelle familier slik at de kan endre negative handlingsmønstre som skjer i hjemmet. Det finnes ulike tilbud familier kan benytte seg av for å få råd/veiledning om for eksempel barneoppdragelse. Å anskaffe

trygge kontaktpersoner er også en mulighet. Helsepersonell må se totaliteten i barnets liv. Det innebærer å kartlegge ulike arenaer som barnehage, skole, fritidsaktiviteter og slekt. Det er foreldrene som har hovedansvaret for omsorgen til barnet. Samtidig har barn rett til å leve under forhold som ikke skader deres helse og utvikling. Traumatiserte barn og unge er avhengige av å bli møtt med forståelse og kunnskap på en konstruktiv måte (Jørgensen og Steinkopf, 2013, s. 5). Å øke bevisstheten om dette vanskelige temaet blant befolkningen forøvrig er verdifullt. Ved å øke bevisstheten om omsorgssvikt og konsekvensene det kan medføre, kan barn bli spart for det. Vi trenger personer som følger med at den neste har det bra og vet hva slags tegn man kan se etter. Som Gro Harlem Brundtland sa i nyttårstalen i 1995: «vi har glemt det gode gamle kollektive ansvaret.[...] Vi må få folk til å bry seg om hverandre igjen. Det er ikke så farlig å engasjere seg i andre som folk tror».

5.3 Beskyttelsesfaktorer

Som helsepersonell i møte med unge i vanskeligstilte situasjoner, er vi en del av deres miljø. Helsepersonell er en beskyttelsesfaktor for disse unge. En viktig del av å yte god tjenestekvalitet for disse barn og unge er å prøve å forstå dem. Dette vil hjelpe helsepersonell til å fange opp andre beskyttelsesfaktorer som barn og unge måtte ha. Ifølge Gamst (2017, s.120) må årsaker til barns psykiske problemer og andre utfordringer vurderes i lys av barnets historie og erfaringer. Forståelsesrammen som traumebevisst omsorg gir er et nyttig verktøy for helsepersonell for å forstå den sårbare situasjonen utsatte barn og unge er i, og hva helsepersonell kan bistå med i slike tilfeller. Oppgaven tar utgangspunkt fra prinsippene fra traumebevisst omsorg.

Ofte har traumeutsatte barn og unge lært å forbinde voksne med vonde følelser. På grunn av manglende trygg tilknytning til sine omsorgspersoner tidligere i livet, kan møter med andre voksne være vanskelig. I relasjoner mellom helsepersonell og utsatte barn og unge er tilknytning ofte en stor utfordring (Jørgensen og Steinkopf, 2013, s. 4). Barn og unges opplevelse av trygghet og gode relasjoner er grunnlaget for traumebevisst omsorg. Trygghet er et komplekst begrep som inneholder flere elementer som omsorgspersoner må ta hensyn til. Ifølge Bath (2008) er forutsigbarhet, tilgjengelighet, ærlighet og åpenhet sentralt for å skape trygge miljøer for traumeutsatte barn og unge. Dette er i tillegg til de mer grunnleggende behov for fysisk og emosjonell trygghet. Videre er selvbestemmelse og medvirkning og å få

situasjonen som angår dem forklart viktig (Bath, 2008). I praksis vil det det skje gjennom å danne tilknytning med barnet/ungdommen. Hensikten er at det gir en positiv effekt sånn at barnet/ungdommen kan få muligheten til å bygge seg opp. I slike tilknytninger er grensesetting et viktig etisk element å ha med. Tilknytningen må imidlertid ikke være *for* nær; den skal være profesjonell, men også personlig. Profesjonelle relasjoner er utfordrende med tanke på at man skal balansere det å være personlig og nær slik at man kan hjelpe, uten å samtidig være privat. Faren med det å være for nær er at det kan oppstå bindinger som man ikke kan følge opp. Med andre ord er utfordringen å være personlig uten å være privat.

Stabile miljøer vil ofte føre til stabile relasjoner (Keenan & Evans, 2009s. 254). Siden sosialkompetanse er en gjennomgående faktor for resiliens er det essensielt at helsepersonell at dette blir jobbet aktivt med. Det kan gjøres ved å skape trygghet og tillit. Vi ser at ungdommer som har blitt utsatt for omsorgssvikt kan ha problemer med å regulere følelsene sine. God følelsesregulering er en beskyttelsesfaktor for sunn utvikling. Når et barn eller en ungdom er utenfor «den optimale aktiveringssonen», vil det være viktig for helsepersonell å støtte og lære dem til å utvikle nye måter å håndtere følelsene sine på. For å yte god hjelp er det viktig at helsepersonell har kjennskap til å tolke ulike atferdsuttrykk og hvilke tiltak som kan brukes for å forebygge dette. Helsepersonell må være oppmerksom på signalene ungdommen sender ut og kunne tolke dem. Ifølge Bath (2008) er utfordrende atferd et uttrykk for deres indre lidelser. Ved utfordrende atferd er det viktig for helsepersonell å se bak atferden, og møte den primære smerten uten å trigge ytterligere smerte ved straffende og kontrollerende reaksjoner (Bath, 2008). På praksisplassen min erfarte jeg at tydelig kommunikasjon, ordvalg, kroppsspråk og stemmeleie var essensielt å tenke på i møte med utfordrende atferd. Det kan være hensiktsmessig å gi pusterom ved å for eksempel ta en pause fra situasjonen. Dette er for at ungdommen skal få tid til å roe seg ned og få muligheten til å gjenoppnå kontrollen, og komme tilbake til «den optimale aktiveringssonen». I etterkant av slike episoder er det viktig å snakke om hendelsen. Hensikten her er å bruke situasjonen som læring når ungdommen er mottakelig for det. Ved å utvikle følelsesregulering kan unge utvide toleransevinduet. Dette vil styrke beskyttelsesfaktoren sosialkompetanse. Det kan ha en positiv effekt på interaksjoner med andre individer og miljø som barn og unge befinner seg i.

Hittil har vi sett at mange unge greier seg bra til tross for motgangen de har erfart. Hva med barna som drar med seg konsekvensene av dårlige erfaringer i tidlig utvikling senere i livet? Ifølge funnene til Dubowitz et al. (2016) var det mange barn i sårbare situasjoner som ikke

viste resiliens senere i livet. Det er verdt å merke seg at målestokken for å oppnå kriterier for resiliens i denne studien var relativt lav. I NOU 2012:5 (2012, s. 191) står det at det «ikke lenger et spørsmål om oppvekstvilkår kan ha store negative konsekvenser for barn, men mer hvilke typer oppvekstvilkår som gir hvilke konsekvenser». Disse konsekvensene inkluderer blant annet manglende stabil identitet, vansker i relasjoner til andre, utagering og isolasjon. Noen kan utvikle det som kalles retraumatisering, når barnet gjennom modellering og identifikasjon med overgriper også tar etter foreldrenes atferd. Det øker risikoen for både å utsette andre for vold og seksuelt misbruk, og at en selv kan på nytt bli offer for nye overgrep (NOU 2012:15, 2012, s. 206). Barna og familiene som det ikke går bra med, kan trenge mer omfattende veiledning og støtte for å fremme resiliens. Det er viktig at helsepersonell bidrar til dette på en forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 1999, § 1-2). Hvis helsepersonell ikke har kunnskap om konsekvenser av omsorgssvikt, kan det føre til at barn og unge ikke får den hjelpen de har behov for.

Hvis barn som har vært utsatt for omsorgssvikt i tidlig utvikling støttes inn i en positiv livssituasjon, kan skadene ha muligheter for reparasjon (Eide-Midtstand, 2011, s.149). Hvis helsepersonell klarer å forstå situasjonen unge er i og evner å gi forsvarlig hjelp til både dem og familien, vil beskyttelsesfaktorene vernes om.

6.0 Metodediskusjon

I denne delen skal jeg diskutere eventuelle svakheter ved litteraturstudien og hvordan det kan påvirke tolkning av resultatene (Thidemann, 2019). I denne litteraturstudien har det blitt utført en grundig analyse. Alle artiklene var primærdata og utelukket dermed sekundærdata som for eksempel oversiktsartikler. Alle artiklene som er inkludert er kvantitative. Dette kan ha gitt en begrenset fremfor en helhetlig resultatdel. Kvantitativ forskning gir objektive data og faktakunnskap som er generaliserbare (Thidemann, 2019). Denne type forskning besvarer problemstillingen på en god måte, da jeg ønsker svar på hvordan helsepersonell kan bistå unge i en sårbar situasjon.

Alle de inkluderte artiklene er fra USA, Sentral-Europa og Storbritannia. Dette ses på som både en styrke og svakhet. På den ene siden fant jeg ikke forskning som besvarer

problemstillingen som er blitt gjort i Norge, hvilket ville ha vært ideelt. På den andre siden kan helsetilbudene i disse landene sammenlignes med det Norge har og på den måten er resultatene overførbare. I tillegg er hensikten til artiklene universelle da de fokuserer på hvilke effekter omsorgssvikt kan ha på mennesker. Artiklene er fra 2012 og frem til i dag. Denne tidsrammen oppfyller inklusjonskriterien om at artiklene skulle være maks 10 år gamle. Dette gjør at litteraturstudien er oppdatert.

De fem forskningsartiklene som ble inkludert i denne studien er skrevet på engelsk. For å benytte disse har jeg oversatt dem til norsk. Både oversettelsen og tolkningen av artiklene kan være en kilde til feiltolkning og kan dermed ha ført til potensielle feil i resultatene. Det ble imidlertid brukt god tid på oversettelse og tolkning for å få mest mulig korrekt gjengivelse.

Alderen til utvalget i de fem forskningsartiklene varierer fra barn mellom 0-5 år, ungdommer mellom 13-17 år, og voksne med en gjennomsnittsalder på 46,6 år. Jeg vurderte å ekskludere forskningen som gjaldt voksne, men landet på å dekke et bredt aldersspenn i stedet for å finne langtidskonsekvenser omsorgssvikt kan ha på unge. En styrke artiklene har er at de har samme overordnede tema, men fra ulike vinkler. Tre av artiklene omhandler konsekvenser som kan komme av omsorgssvikt, mens resterende artikler omhandler resiliens. Disse ble valgt ut for å belyse problemstillingen fra flere sider.

En svakhet med tre av studiene (Enlow et al., 2012, Fowler et al., 2014 & Dubowitz et al., 2016) var at de ikke nevner etiske overveielser. På grunn av at de er fagfellevurdert og godkjent gjennom bruk av sjekklister, så ble de inkludert. Til sist inneholdt alle artiklene enkelte begrensninger, men fordi de besto kvalitetsvurderingen og var relevante for oppgavens problemstilling, ble de inkludert.

7.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg forsøkt å trekke frem teori rundt traume, traumerelaterte konsekvenser, traumebevisst omsorg og beskyttelsesfaktorer hos individ og miljø for å besvare oppgavens problemstilling.

Omsorgssvikt kan føre til alvorlige konsekvenser for unges utvikling på flere domener. Derfor er det viktig med forebygging og at tiltakene som vi setter inn er skreddersydde for individets historie og behov. De tre pilarene som traumebevisst omsorg handler om, trygghet, relasjon og følelsesregulering, fremmer trygg tilknytning og sunn utvikling. Det er essensielt at forholdene er tilrettelagt for at traumatiserte barn og unge skal kunne utvikle seg. Denne utsatte gruppen trenger å bli kjent med trygge voksne som forstår hvor sterk og omfattende innvirkning de tidlige traumatiske opplevelsene har hatt på dem. Helsepersonell må forstå at disse erfaringene kan føre til ulike typer utfordrende atferd. Videre bør helsepersonell sørge for at følelser blir forstått, bekreftet og regulert. Her er toleransevinduet et nyttig verktøy.

Omsorgssvikt kan føre til alvorlige konsekvenser for unges utvikling, men trenger ikke nødvendigvis å ha det. Ifølge funnene til Khambati et al. (2018) kan mange barn som har opplevd omsorgssvikt tidligere i livet også få tilfredsstillende utvikling. Videre viser litteraturstudien at helsepersonell settes i stand til å forebygge negative konsekvenser ved hjelp av økt kunnskap om hvilke konsekvenser omsorgssvikt kan ha. Ved å benytte styrker både hos individet og dets miljø kan unge få bedre muligheter for sunn utvikling, både sosialt, fysisk, psykisk. Dette fører til at barn og unge kan oppleve mestring på flere ulike arenaer.

Litteraturliste

Arnold B. A. (2004). Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *The Journal of clinical psychiatry*, 65 Suppl 12, 10–15.

Askland, L., & Sataøen, S. (2013). *Utviklingspsykologiske perspektiv på barns oppvekst* (3. utgave. ed.). Oslo: Gyldendal.

Barnekonvensjonen. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.

Barneloven. (1992). Lov om barneverntjenester ([LOV-2018-06-22-83](#)). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Bath, H. (2008). Traumebevisst omsorgs tre grunnpilarer. Hentet fra: https://www.traumebevisst.no/ordliste/Traumebevisst_omsorgs_tre_grunnpilarer.pdf

Blindheim, A. (2011). Hvordan traumatisering påvirker hjernen. I Steinsvåg, P & Heltne, U (Red.), *Barn som lever med vold i familien. Grunnlag for beskyttelse og hjelp* (s. 51-59). Universitetsforlaget.

Brask, O., Østby, M., & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneroller : En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget

Buudir. (2019, 9. desember). Barn og unge som bor i fosterhjem eller institusjon. Hentet fra: https://buudir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/Barn_og_unge_plassert_utenfor_hjemmet/#heading13561

Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M., & Van Ijzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108. doi:10.1017/S0954579409990289

Eide-Midtsand, N. (2011). En traumatisert femårings terapiprosess sett i lys av nyere hjerneforskning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, 144-149.

Enlow, M. B., Egeland, B., Blood, E. A., Wright, R. O., & Wright, R. J. (2012). Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study. *Journal of epidemiology and community health*, 66(11), 1005–1010. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200727>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning ([FOR-2005-12-01-1379](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411)) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

Forskrift til opplæringslova. (2006). Foreldresamarbeid i grunnskolen og videregående opplæring (FOR-2006-06-23-724). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-06-23-724/KAPITTEL_23#KAPITTEL_23

Fowler, P. J., Motley, D., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., & Landsverk, J. (2015). Adolescent maltreatment in the child welfare system and developmental patterns of sexual risk behaviors. *Child maltreatment*, 20(1), 50–60. <https://doi.org/10.1177/1077559514548701>

Gamst, K. T. (2017). *Profesjonelle barnesamtaler. Å ta barn på alvor* (2.utg) Oslo: Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. (Meld. St. 35(2012-2013)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>

Helsebiblioteket. (2015, 4.mai). Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/omsorgssvikt-vanskjøtsel-av-barn#preparation>

Helsedirektoratet. (2018, februar). Kunnskapsgrunnlag – Metoder for tidlig identifisering av risiko for barn og unge. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-metoder-for-tidlig-identifisering-av-risiko-hos-barn-og-unge/Kunnskapsgrunnlag%20-%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf/_attachment/inline/d41f4072-ab66-4747-90e9-e9dcfe96ff65:ad36b31ca6167e7b8b1a61acab675effd970366a/Kunnskapsgrunnlag%20-%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf

Helsedirektoratet. (2018, 28.mai). Helsepersonelloven med kommentarer. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/opplysningsplikt-m.v/-33.opplysningsplikt-til-barnevernet>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell ([LOV-2019-04-10-11](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Jacobsen, K., & Gjertsen, H. (2010). *Forståelse i miljøterapi : Teori, forståelsesramme, kognisjon, emosjonell og psykologisk fungering, helse og miljø*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jørgensen, T. W., Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg, teori og praksis. Hentet fra <http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Fagstoff/Traumebevisstomsorgteoriogpraksis.pdf>

Keenan, T., & Evans, S. (2009). *An introduction to child development* (2nd ed., SAGE Foundations of Psychology Series). Los Angeles, Calif: SAGE.

Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 49(4), 672–689. <https://doi.org/10.1037/a0028793>

NOU 2012:5. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/e212cdbe211d4e699983049c3070870e/no/pdfs/nou201220120005000dddpdfs.pdf>

NOU 2017:12. (2017). *Svik og svikt - Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/>

NTNU (2020, 20 april). BACHELORPROGRAM 3-ÅRIG, TRONDHEIM Vernepleie
Hentet fra: <https://www.ntnu.no/studier/hsgveb/l-ringsmal>

Rasmussen, I., & Vennemo, H. (2017). *Samfunnsøkonomiske konsekvenser av omsorgssvikt og vold mot barn* (Vista Analyse AS 2017/12). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/sved/2.pdf>

Straffeloven. (2005). Lov om straff (LOV-2019-06-21-52). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffelov>

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 27(1-2), 33–44. [https://doi.org/10.1016/s0149-7634\(03\)00007-1](https://doi.org/10.1016/s0149-7634(03)00007-1)

Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *The American journal of psychiatry*, 163(6), 993–1000. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.993>

Van der Kolk, B. A., & McFarlane, A. C. (Eds.). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Guilford Press.

World Health Organization. (2020, 30.januar). Depression. Hentet 23.04.20 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

