



Traumebevisst omsorg med rusavhengige

Hva kan være hensiktsmessig ved å utøve traumebevisst omsorg på lavterskel rusinstitusjon, og hva kan være mulige utfordringer?

Kandidatnummer: 1061

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sosialt arbeid

Kull: Soshel18

Antall ord: 8699

05.05.2020

Sammendrag

Oppgaven besvarer problemstillingen: *Hva kan være hensiktsmessig ved å utøve traumebevisst omsorg på lavterskel rusinstitusjon, og hva kan være mulige utfordringer?* Det er utført en litteraturstudie der relevant kunnskap om traumer, rusavhengighet og traumebevisst omsorg (TBO) presenteres. Sammenhengen mellom traumer, et problematisk forhold til rus og bostedsløshet utforskes. TBO på lavterskel rusinstitusjon kan bidra til en tryggere og mer stabil hverdag for beboeren, hvor man som miljøpersonalet kan bidra til at beboeren får et mer positivt syn på seg selv og andre mennesker, om man kommer i posisjon til å skape en god relasjon med vedkommende. Rusinstitusjonene har kort botid og for noen vil det ikke være nok tid til å bli trygg og skape relasjoner til miljøpersonalet, noe som gjør det vanskelig å arbeide med TBO. Det settes spørsmålstegn til om institusjonens rammer hindrer muligheten til å utøve TBO med dem som flytter mye mellom institusjoner.

Abstract

The topic question for the thesis is: *What can be useful in practicing trauma-informed care in a low-threshold addiction institution, and what can be possible challenges?* A literature study has been conducted in which relevant knowledge about trauma, drug addiction and trauma-informed care (TIC) is presented. The connection between trauma, a problematic relationship with drug use and homelessness is explored. TIC at a low-threshold addiction institution can contribute to a safer and more stable life for the resident, where the social worker in some cases can contribute to the resident getting a more positive view of themselves and other people, if you are able to establish a good relationship with the person. The addiction institutions have a short period of residence and for some there will not be enough time to feel safe and create relationships with the social workers, which makes it difficult to practice TIC. I ask whether the institution's framework prevents the possibility of practicing TIC with those who move a lot between institutions.

Innhold

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.2.1 Avgrensning og begrepsavklaringer.....	2
1.3 Sosialfaglig relevans.....	3
2 Metode.....	5
2.1 Litteraturstudie.....	5
2.2 Søken etter litteratur.....	5
2.3 Utvalgsriterier.....	6
2.4 Kildebruk og kildekritikk.....	6
3 Teori.....	8
3.1 Traumebegrepet.....	8
3.2 Traumer og rus.....	10
3.2.1 Bostedsløshet.....	12
3.3 Traumebevisst omsorg.....	12
3.3.1 Trygghet.....	13
3.3.2 Relasjon.....	13
3.3.3 Følelsesregulering.....	14
3.4 Et kritisk blikk på TBO.....	15
3.5 Institusjonens rammebetingelser.....	16
4 Drøfting.....	19
4.1 TBO i arbeid med voksne.....	19
4.2 Sårbare grupper.....	20
4.3 Hensiktsmessig bruk av TBO og utfordringer.....	22
5 Konklusjon.....	26
Litteraturliste.....	27
Vedlegg 1: Liste over selvvalgt pensum.....	31

1 Innledning

I 1998 utførte Felitti et al. en omfattende studie av sammenhengen mellom tidlige traumatiske hendelser, helseproblemer og tidlig død som voksen. De fant ut at det er svært skadelig å bli utsatt for traumatiske hendelser tidlig i livet. Man ser at de som har opplevd flere traumatiske hendelser har større sjanse for å oppleve angst, sinne og depresjon senere i livet, som igjen for mange fører til misbruk av alkohol og illegale rusmidler (Felitti et al., 1998, s. 251 & 253). Som sosialarbeidere møter mange av oss mennesker som har opplevd traumer og som sliter med utfordringer som kan være knyttet til traumene. Det kan være i områder som psykiatri eller rusomsorg (Macy, 2007; Pence, 2011, gjengitt av Knight 2014). Felles for disse områdene er at man møter brukeren med deres daglige problemer og forsøker å hjelpe med disse (Knight, 2014, s.25). Fokuset når man møter brukeren er ikke på de underliggende traumene, selv om de kan være årsaken til de nåværende problemene (Felitti et al., 1998, s. 248).

Traumebevissthet og forståelse av hvordan traumer kan komme til syne hos mennesker er relativt nytt, og det finnes lite litteratur om traumebevisst omsorg (TBO) rettet mot voksne på norsk (Hagen, 2021, s. 15-16). De mulige konsekvensene fra traumer er store og har potensiale til å skape ytterlige problemer for den traumeutsatte (Felitti et al., 1998, s. 251).

1.1 Bakgrunn for tema

Den kommende oppgaven skal handle om bruk av TBO i lavterskel rusinstitusjoner. Gjennom tiden i praksis og arbeid i etterkant har jeg lært mye om hvordan man tilnærmer seg beboerne på denne typen institusjon, og problemstillingene man kan møte på i den forbindelse. Kan man skape en tryggere og bedre tilværelse for beboerne ved å forstå mer av hva som ligger bak deres atferd, samt å endre egen atferden mot beboerne? Mennesker med rusproblemer lever ofte slik at de er mer utsatt for ytterlige traumer og er derfor en svært sårbar gruppe (Jacobsen, Southwick & Kosten, 2001; Kessler et al., 2005, gjengitt av Kjøsnes, 2014, s. 143).

TBO er ofte knyttet til arbeid med traumatiserte barn og store deler av litteraturen handler om dette. Likevel finnes det en stor del voksne mennesker med traumeerfaringer som ikke har fått riktig hjelp, eller at de ikke har klart å benytte seg av hjelpen de har blitt tilbudt. Derfor ønsker jeg å undersøke om det kan være hensiktsmessig å utøve TBO for voksne med rusproblemer og om det er noen utfordringer med dette.

1.2 Problemstilling

Hva kan være hensiktsmessig ved å utøve traumebevisst omsorg på lavterskel rusinstitusjon, og hva kan være mulige utfordringer?

1.2.1 Avgrensning og begrepsavklaringer

I arbeidet med denne problemstillingen har jeg valgt å fokusere på institusjonstilbudet i Oslo kommune. Dette tilbudet er bredt, men jeg har valgt å begrense det til utrednings- og videreformidlingsenheter og mestringsenheter som drives av eller i samarbeid med Velferdsetaten (VEL) i Oslo kommune. Disse institusjonene har likheter i størrelse, institusjonsrammer og mandat og de er et tilbud som retter seg mot brukergruppen jeg presenterer i denne oppgaven.

Traumebevisst omsorg

TBO er en forståelsesramme for å gi god omsorg i møte med traumeutsatte mennesker. Verktøyene som brukes er trygghet, relasjon og følelsesregulering (Bath, 2008, s. 17). Traumeinformert omsorg, traumesensitiv tilnærming og traumebevisst omsorg brukes noe om hverandre i litteraturen. Jeg velger å bruke traumebevisst omsorg, fordi De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) bruker dette i Norge, også når de refererer til Bath (Jørgensen & Steinkopf, 2013).

Lavterskel rusinstitusjon

Lavterskel rusinstitusjon vil i denne sammenhenger brukes om det Oslo kommune kaller utrednings- og videreformidlingsenheter og mestringsenheter. Videre i oppgaven vil jeg kalle disse for lavterskel rusinstitusjon. Tilbudet er for bostedsløse voksne som opplever et problematisk rusbruk. Her kan man bo i tre måneder, med mulighet for forlengelse opptil et år. På disse institusjonene vil det være fokus på stabilisering, kartlegging og helse- og sosialfaglig hjelp (Oslo kommune, u.å.a; Oslo kommune, u.å.e). Menneskene som bor der vil i denne oppgaven kalles beboer eller bruker.

Miljøpersonalet

Miljøpersonalet omfatter de ansatte som jobber med beboerne på lavterskel rusinstitusjon. De fleste har helse- eller sosialfaglig bakgrunn (Oslo kommune, u.å.a; Oslo kommune, u.å.d). Miljøpersonale befinner seg ofte i samhandling med beboerne på institusjonen, hvor de forsøker å fremme læring og mestring ved hjelp av å etablere en relasjon til beboerne (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 30).

1.3 Sosialfaglig relevans

Mennesker med rusproblemer og traumelidelser er en svært sårbar gruppe, som mange kan oppleve at det kan være utfordrende å jobbe med (Kjøsnes, 2014, s. 144). Sosialarbeidere jobber med mennesker som opplever sosiale problemer. Et sosialt problem gjelder som regel en gruppe og har sosiale konsekvenser for de utsatte. Man trenger kollektiv inngripen for å hjelpe (Ellingsen & Levin, 2015, s. 47-48). Mennesker som bruker illegale rusmidler blir på mange måter utstøtt og stigmatisert (Evjen et al., 2018, s. 26). Når man i tillegg har erfaring med traumer sliter mange med å ta imot hjelp (Knight, 2014, s. 27). Så hvordan kan man hjelpe særlig sårbare grupper som dette? Ifølge Berg et al. (2015) trenger vi å forstå hva som bidrar til de sosiale problemene. Vi må tilegne oss kunnskap om metoder og tilnærminger slik at praksisen som sosialarbeider er faglig forankret (Berg et al., 2015, s. 20). Problemer med rus og traumer har store konsekvenser for de utsatte, som vil beskrives senere i denne

oppgaven. Brukerne vil også trenge hjelp fra det offentlige og problemene deres kan derfor regnes som sosiale problemer (Ellingsen & Levin, 2015, s. 47-48). Ved å arbeide med denne oppgaven vil jeg tilegne meg teoretisk kunnskap som jeg kan videreføre til praksis i arbeid med mennesker som opplever sosiale problemer. Som sosialarbeidere vil man møte mennesker som på ulike måter har det vanskelig. I områder som psykiatri, rusomsorg og barnevern er det stor sannsynlighet for å møte mennesker med traumeerfaringer (Macy, 2007; Pence, 2011, gjengitt av Knight, 2014, s. 25).

Fellesorganisasjonen (FO) har et yrkesetisk grunnlag for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere for hvordan man skal møte mennesker som er i utsatte posisjoner og avhengige av andres hjelp. Man forplikter seg til å arbeide med tanken om at alle mennesker har samme grunnleggende verdi og rett til livets goder. Man skal vise omsorg og nestekjærlighet mens man jobber for å dekke brukernes udekkede behov.

Sosialarbeideren skal bidra til tillit ved å gi forståelig informasjon gjennom åpen kommunikasjon og man skal legge vekt på en helhetlig tilnærming til mennesker som har komplekse problemer (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 4-5). Dette kan man gjøre bedre om man har kunnskap om tilnærminger og metoder som kan bidra til at man som sosialarbeider møter brukeren på en bedre måte (Berg et al., 2015, s. 20).

2 Metode

2.1 Litteraturstudie

Metoden som brukes i denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Ved bruk av denne metoden finner man og bruker allerede eksisterende fagkunnskap og forskning, for å belyse den valgte problemstillingen (Dalland, 2017, s. 207). På den måten kan man sette seg inn i forskning og kunnskap som er anerkjent på feltet man undersøker, og ut fra dette arbeide med problemstillingen.

2.2 Søken etter litteratur

Da jeg landet på hvilket tema jeg ønsket å belyse gjorde jeg flere litteratursøk i databaser som Oria, Indunn og Google Scholar. Søkeordene jeg brukte var «traumebevisst omsorg», «traumer og rus» og på engelsk «trauma-informed care». Dette gav et høyt antall treff. Etter å ha sortert gjennom var det kun få bidrag som var aktuelle for min problemstilling. Det kan tenkes at det er fordi det finnes lite litteratur på norsk som omhandler TBO med rusavhengige. To vesentlige bidrag til bacheloroppgaven fra søkene på norsk var bøkene «Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv» av Hagen et al., som kom med en ny utgave i 2021, samt «Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon» av Anstorp og Benum fra 2014. Fra det engelske søket var artikkelen Trauma-Informed Social Work Practice: Considerations and Challenges av Carolyn Knight fra 2014 svært aktuell.

Ellers har jeg brukt «snøballmetoden». Det er en metode hvor man gjennom å lese andres relevante tekster og litteraturlister, finner kunnskapskilder som kan brukes i egen oppgave (Leseth & Tellmann, 2018, s. 45). Ved å bruke litteraturlistene til tidligere bachelor- og masteroppgaver med liknende og relevante temaer har jeg funnet flere relevante fagtekster som jeg har tatt i bruk.

2.3 Utvalgskriterier

Da jeg valgte ut hvilke fagtekster jeg skulle basere oppgaven min på, så jeg først og fremst etter relevans. Fantes det noe som omhandlet bruk av TBO i arbeid med rusavhengige? Da dette ikke gav resultater utvidet jeg til tekster som omhandlet TBO generelt, behandling av rusavhengige med traumer og traumer generelt. Dette er alle temaer som er relevant i arbeidet med min problemstilling. I tillegg til dette har jeg bevisst brukt mest litteratur som ikke er eldre enn 10 år, for å sikre de nyeste kildene på kunnskapsfeltet. Jeg har benyttet meg av flest mulig primærkilder, men referer også til noen sekundærkilder der primærkildene var lite tilgjengelig. Jeg ønsket i utgangspunktet å bruke mest norsk faglitteratur, men siden litteratur om TBO med voksne på norsk er begrenset (Hagen, 2021, s. 15-16), har jeg også brukt noe internasjonal litteratur for å supplere.

2.4 Kildebruk og kildekritikk

Studien The Adverse Childhood Experiences (ACE) study har vært en sentral kilde i oppgaven for å se sammenhengen mellom traumer og et problematisk forhold til rus (Felitti et al., 1998, s. 245). Andre viktige bidrag kommer fra psykologen Howard Bath, som har en sentral stemme i traumelitteraturen. Han presenterer og utdyper grunnpilarene i TBO, som jeg bruker i teorikapittelet i denne oppgaven. Disse verktøyene ble utviklet med traumatiserte barn i tankene. Det gjorde at jeg måtte være kritisk, og vurdere om de også kan være relevant i arbeid med voksne. For et kritisk blikk på utøvelsen av TBO har jeg brukt «The Trouble with Trauma» av Howard Bath fra 2017.

Ved søk i databasene jeg nevnte tidligere var det ingen treff for rusinstitusjonenes rammer. Jeg har derfor søkt på Oslo kommunes sider etter deres rammer for lavterskel rusinstitusjoner. Jeg anvendt Oslo kommunes Byråds «En psykt bra by – strategisk plan for psykisk helse i Oslo» og «Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo», samt den nylig vedtatte planen for rusinstitusjoner for 2021-2030 «Institusjonsplass - Rett sted til rett tid». Disse har vært sentrale i arbeidet med problemstillingen. Siden de kun baserer seg på arbeidet i Oslo kan de være begrensende og noe unyanserte med tanke på andre liknende

institusjoner ellers i landet. Jeg valgte likevel å bruke dem og begrense oppgaven min slik at institusjonene jeg presenterte hadde mest mulig like rammer.

Som nevnt var det lite direkte litteratur om arbeid med TBO på lavterskel rusinstitusjoner. Det kan tenkes at dette er en svakhet i oppgaven, men det finnes litteratur på rusavhengighet og traumer, og Oslo kommune ønsker et løft i denne kunnskapen blant de ansatte som møter brukere. Derfor tenker jeg at det likevel kan være nyttig å undersøke problemstillingen i lys av den litteraturen jeg har valgt.

3 Teori

3.1 Traumebegrepet

Ordet «traume» betyr skade. I denne sammenhengen av psykisk karakter. Et psykisk traume baseres på personens opplevelse av hendelsen, eller hendelsene om det skjer over tid. Hendelsen er så alvorlig for den som opplever det at det overskrider dens evne til å integrere hendelsen – altså deres evne til å organisere og mestre deres hverdag i etterkant. Hendelsen overvelder hjernens alarmsystem og kroppens reguleringsystem klarer ikke å stabilisere aktiveringen (Anstorp & Benum, 2014, s. 24). Reguleringsystemet er kroppens måte å tolke fare på. Hvis alarmsystemet reagerer på noe vil reguleringsystemet vanligvis vurdere den potensielle faren raskt og «gi beskjed» til alarmsystemet at det ikke var farlig likevel, og kroppen vil roes (Nordanger, 2014, s. 41-42). Ved traumer klarer ikke kroppen å roe seg ned igjen. Ofte fordi trøst og hjelp til å bearbeide det som har skjedd ikke har vært tilgjengelig (Anstorp & Benum, 2014, s. 24). Er dette tilfelle vil reguleringsystemet miste innflytelse på kroppens alarmberedskap og man vil lettere blir overvældet av angsten og minnene om det som har skjedd. Rasjonelt sett kan man forstå at man ikke er i fare i øyeblikket, men alarmsystemet er nå så sensitivt at kroppen reagerer likevel (Nordanger, 2014, s. 44).

Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)

Etter en traumatisk hendelse er det vanlig å oppleve unngåelsessymptomer, gjenopplevelsessymptomer og overaktiveringssymptomer. Det er naturlig at kroppen gjør alt den kan for at man ikke skal oppleve noe liknende igjen. Med god hjelp og støtte fra mennesker rundt er det vanlig at kroppens reguleringsystem får kontrollen tilbake etter en tid, men for noen blir disse symptomene kroniske og så plagsomme at de går utover vanlig fungering i hverdagen. For eksempel ved å unngå noe som minner om den traumatiske hendelsen eller at man er så full av angst at man ikke får sove eller klarer å slappe av. Da kan man kalle det PTSD (American Psychiatric Association, 2013, gjengitt av Nordanger, 2014, s. 45).

Kompleks PTSD

Om de traumatiske hendelsene har foregått over en lengre periode hvor den utsatte ikke har hatt noen mulighet for flukt blir den traumatiske belastningen større. Det er ofte en dobbel belastning i slike tilfeller. Det vil si både traumatiske hendelser, og manglende mulighet til reguleringsstøtte. Eksempler på dette kan være noen fanget i et voldelig forhold, eller det kan komme som et resultat av krig. Dette blir da kategorisert som kompleks PTSD. Slike hendelser som går over tid har større kraft til å bryte ned kroppens reguleringsystem. På en måte blir man «satt tilbake» i utviklingen fordi reguleringsystemet man har bygget opp over tid brytes ned. I tillegg til PTSD-symptomer sliter mennesker med kompleks PTSD også med negativ selvoppfattelse og store problemer med å regulere sterke følelser eller navigere sosiale relasjoner (Nordanger, 2014, s. 46). Mange vil da bruke mestringsstrategier som rusmidler for å dempe disse vanskelige følelsene (Nordanger, 2014, s. 49).

Utviklingstraumer

Når slike komplekse traumer foregår tidlig i oppveksten kalles de utviklingstraumer. Det er alvorlig fordi personen som har utsatt barnet for de traumatiske belastningene ofte er de samme som skal gi barnet omsorg, eller at omsorgspersonen selv av ulike grunner er satt ut av spill og ikke kan gi barnet omsorgen det trenger. Barnets kropp vil utløse alarmsystemer uten å ha mulighet til å regulere de sterke følelsene. Det vil forstyrre barnets utvikling og vil gjøre det enda vanskeligere å møte verden i voksen alder. Ved slike traumer påvirkes hjernens utvikling i form av å bli begrenset. Barnet, og senere den voksne vil da kunne slite med å sette ord på følelser og erfaringer. Kroppen har vært innstilt på overlevelse (Nordanger, 2014, s. 46-47). Den traumatiske hendelsen kan ikke alltid huskes, men kan være lagret i kroppen. Derfor kan man trigges av noe som likner, for eksempel en lukt, lyd eller bevegelse (Anstorp & Benum, 2014, s. 25).

Toleransevinduet

Toleransevinduet beskriver når vi har optimal kroppslig aktivering. Ved PTSD, kompleks PTSD og utviklingstraumer har man ofte et smalt toleransevindu, fordi kroppen oftere kommer i overlevelsesmodus. Da vil man oppleve å være utenfor sitt toleransevindu, enten ved overaktivering eller underaktivering (Nordanger, 2014, s. 47-49). Ved overaktivering vil man mobilisere de verktøyene man har for å overleve, ved fight, flight eller freeze. Det kan komme til utrykk gjennom uro, aggresjon, en følelse av å måtte være på vakt, panikkreaksjoner, flashbacks eller tvangstanker. Underaktivering er motsatt – man immobiliseres. Dette kan oppleves som en sterk nedstemthet, følelse av å være nummen eller tom og det å være handlingslammet. Det skal altså lite til for at kroppen havner i beredskap og mange har problemer med å komme seg tilbake i toleransevinduet fordi dette er noe man aldri har lært på en god måte (Hagen, 2021, s. 35-36).

3.2 Traumer og rus

The Adverse Childhood Experience (ACE) study er en studie gjort i USA på slutten av 90-tallet hvor Felitti et al. (1998) undersøkte om tilstedeværelse av mulig traumatiske erfaringer i barndommen påvirket risikoen for helseplager senere i livet. De fant ut av at jo flere erfaringer de hadde hatt med traumatiske hendelser, jo større sjanse var det for helseproblemer senere i livet. De kartla flere mulige hendelser, som fysisk og psykisk vold, seksuelle overgrep, bruk av rusmidler i hjemmet, psykisk sykdom i hjemmet, kriminalitet og om mor var utsatt for vold hjemme (Felitti et al, 1998, s. 248). Om man hadde opplevd fire eller flere kategorier av de ulike erfaringene i oppveksten hadde man 4-12 ganger større sjanse for alkoholisme, bruk av illegale rusmidler, depresjon og selvmord (Felitti et al, 1998, s. 245).

Kjøsnes (2014) nevner flere studier der man ser at mennesker med PTSD har forhøyet sjanse for å ha en ruslidelse. Mennesker med ruslidelse har samme forhøyede sjanse for å ha symptomer på PTSD (Kjøsnes, 2014, s. 143). De samme studiene understreker at traumene ofte skjer før rusbruket begynner, samt at et liv med bruk av rusmidler igjen skaper risiko for ytterligere alvorlige påkjenninger. Dette særlig om traumatiseringen skjedde tidlig, for eksempel i form av utviklingstraumer (ibid.). Om traumatiseringen skjer tidlig, er ofte

rusproblemene mer alvorlige enn om man som voksen utsettes for liknende traumer (Furrugia et al., 2011, gjengitt av Evjen et al., 2018, s. 57). Dette kan forstås som at mennesker som har opplevd alvorlig traumatisering ser ut til å bruke rusmidlene til å håndtere livet og hverdagen, og for å slippe å huske eller tenke på de vonde hendelsene (Somer, 2009, gjengitt av Kjøsnes, 2014, s. 143).

Ser man på rusbruk som en måte å regulere sterke følelser på kan man sammenlikne det med selvskading, tvangshandlinger og annen atferd som er ment til å regulere seg selv. Dette kan være fordi man sliter med å regulere seg selv på vanlige måter. Ved å ruse seg kan man oppnå kontroll over angsten og uroen, eller man tilfører energi slik at man er våken nok til å oppdage fare. Man blir til en viss grad mer selvstendig, fordi man ved å ruse seg slipper å forholde seg til og stole på andre mennesker for hjelp (Fisher, 2000, gjengitt av Kjøsnes, 2014, s. 144). Rusen hjelper til å regulere, hvor man ellers kunne støttet seg på andre mennesker. Er man avhengig av denne typen bruk vil det ikke nødvendigvis være rusopplevelsen man oppsøker, men å holde seg frisk slik at man ikke opplever abstinenssymptomer eller traumesymptomer (Kjøsnes, 2014, s. 144). Det vil da være en daglig kamp om å skaffe seg det man trenger for å holde seg frisk. Abstinenssymptomer er ubehagelige i seg selv. Ved avbrudd fra bruk av opioider kan man oppleve blant annet angst, uro, feber, diaré og blodtrykksfall. Ved avbrutt bruk av sentralstimulerende stoffer kan man oppleve langvarige depressive tilstander (Evjen et al., 2018, s. 74-75). Hvis man også har en traumelidelse kan abstinensene utløse en fysiologisk aktivering som i tillegg til de vanlige abstinenssymptomene kan trigge traumesymptomer (Jacobsen, Southwick & Kosten, 2001, gjengitt av Kjøsnes, 2014, s. 144). Man kan derfor se rusbruken til mennesker med traumelidelser i lys av toleransevinduet. Ved et smalt toleransevindu, som mennesker med traumer ofte har, er det lite som skal til for at man havner i over- eller underaktivering. Det tar mye energi å leve med konstant angst, sinne, uro og med gjenopplevelsessymptomer. Det er forståelig at man da kan ønske å rømme fra dette gjennom å bruke beroligende midler, eller at man trenger sentralstimulerende stoffer for å unngå underaktivering, der man blir nedstemt, nummen og handlingslammet (Nordanger, 2014, s. 49). Her er altså hensikten å komme seg tilbake i toleransevinduet. Man kan også se at noen bruker rusmidler for å holde seg under- og overaktivert for å ikke være til stedet i øyeblikket slik at man

slipper å kjenne på de vonde følelsene. Det er en teknikk som, spesielt i starten, har vært med på å bidra til daglig fungering (Kjøsnes, 2014, s. 152).

3.2.1 Bostedsløshet

En hverdag med rus og traumesymptomer kan være svært krevende, og vil for flere føre til at man ikke har fast bosted, eller at man mister den boligen man har hatt. Fra en norsk undersøkelse fra 2016 viser det seg at en fjerdedel av bostedsløse i Norge har alvorlige rusproblemer, samt problemer med sin psykiske helse. Flere av disse bor i midlertidige botilbud (Dyb & Lid, 2017, gjengitt av Evjen et al., 2018, s. 96.97). Dette kan for eksempel være lavterskel rusinstitusjoner. De som bor på slike institusjoner kan være en del av en særlig sårbar gruppe. I 2019 var det ca. 4000 inntak og opphold i VELs rusinstitusjoner (Oslo kommune, 2020, s. 13). Et stort antall av disse har alvorlige og langvarige psykiske helseproblemer. 1176 av disse inntakene ble gjort av de 81 samme personene, som vil si at disse har mange flyttinger mellom de ulike institusjonene i VEL (Oslo kommune, 2020, s. 13-14). De med mange flyttinger mellom institusjonene i VEL har ofte alvorlige psykiske helseplager. Det vitner om en svært ustabil hverdag med lite kontinuitet. Personer med 10 eller flere inntak står for ca. halvparten av utskrivelser med øyeblikkelig virkning. Slike utskrivelser skjer etter trusler, vold eller våpenbesittelse (Oslo kommune, 2020, s. 15).

3.3 Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg er en forståelsesramme som i Norge og utlandet i stor grad brukes i arbeid med traumatiserte barn. Den baserer seg på tre grunnpilarer, presentert av Howard Bath, som skal hjelpe personen med traumer å navigere sin hverdag. Verktøyene er trygghet, relasjon og følelsesregulering. TBO er ikke traumebehandling, men en forståelsesramme for mestringsstrategiene mennesker med traumer benytter seg av. Grunnpilarene skal hjelpe omsorgspersonene, eller miljøpersonalet til best mulig å hjelpe personen med traumer med hva de sliter med her og nå (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 1).

Hensikten til miljøpersonalet er ikke å anta at hver bruker de møter har komplekse traumer eller utviklingstraumer, men å ha med seg en tanke om at dette kan være en årsak til atferd

og at man derfor kan opptre sensitivt i forhold til dette. Det kan altså være en hjelp til å forstå beboerens nåværende vanskeligheter i lys av tidligere traumatiske hendelser (Knight, 2014, s. 26).

Ifølge Knight (2014) er TBO nyttig som støtte til for eksempel miljøpersonalet som vil møte traumeutsatte voksne i settinger som arbeider med blant annet rusavhengighet og psykisk helse (Knight, 2014, s. 25). På steder som dette er det ofte ikke selve traume brukerne søker hjelp til, men deres problemer med å håndtere hverdagen (ibid.). Et eksempel på dette kan være at man havner på en lavterskel rusinstitusjon, fordi man bruker rusmidler og bostedsløs på grunn av plagene sine.

3.3.1 Trygghet

Bath (2008) skriver at barn som har opplevd komplekse traumer ofte har en grunnleggende følelse av utrygghet (Bath, 2008, s. 19). Å gi beboerne en opplevelse av trygghet er sentralt og viktig i forbindelse med TBO. Dette er fordi man med traumer ofte har et ekstra sensitivt alarmsystem, der det er svært lite som skal til for å trigge beboeren (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 4). Traumeutsatte har ofte et svært smalt toleransevindu. Det er altså mye usett som kan trigge, som man som miljøterapeut ikke nødvendigvis ser. Det skal lite til for å havne i over- eller underaktivering og atferden som følger dette kan føre til straffende konsekvenser for beboeren (Ibid.). For eksempel at man blir skrevet ut av institusjonen om man utøver vold mot en ansatt eller en annen beboer. Miljøterapeutens oppgave vil være å se og møte hva som ligger bak atferden og å prøve å forstå smerten som utløste handlingene (Anglin, 2002, gjengitt av Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 4). Derfor er det viktig å være til å stole på, ærlig, forutsigbar, og tilgjengelig (Bath, 2008, s. 19), i tillegg til å fremme emosjonell sikkerhet via aksept, empati og medmenneskelighet. Beboeren kan altså til tider føle seg utrygg, men det er viktig at miljøpersonalet ikke er en kilde til denne utryggheten. For mange kan tryggheten de kjenner på være sterkt knyttet til deres relasjoner (Bath, 2015, s. 7).

3.3.2 Relasjon

I oppveksten lærer man å regulere følelser via relasjonen til omsorgspersonene rundt seg. Det kan være via blikkontakt, stemmebruk eller fysisk kontakt og trøst. Hvis dette ikke har

skjedde, på grunn av utilgjengelig omsorgsgiver eller at omsorgsgiveren har vært kilde til de vonde følelsene over tid, kan det skade barnets mulighet til følelsesregulering. Det påvirker også barnets utvikling av sitt relasjonelle selv (Schibbye, 2009, gjengitt av Hagen, 2021, s. 85). I tillegg ser man at mennesker som har hatt en utrygg relasjon til sine omsorgspersoner ofte lar dette prege synet på seg selv, omverdenen, andre mennesker, og omsorgspersonene de har rundt seg. Det stemmer ikke nødvendigvis overens med virkeligheten, men deres indre forestilling av andre mennesker overføres til personer rundt dem (Schibbye, 2009, gjengitt av Hagen, 2021, s. 87). Dette kan komme til uttrykk ved at man utfordrer, seksualiserer eller tar avstand fra den som prøver å hjelpe, fordi den oppleves som en stedfortreder for personen som påførte traumene. Dette kan i tillegg skape frykt, unnvikelse og mistillit, også rettet mot helsepersonell eller miljøpersonalet som minner om de primære omsorgspersonene (Courtois, 2001, gjengitt av Knight, 2014, s. 26). Denne overføringen skjer oftest uten at vedkommende er klar over dette (Schibbye, 2009, gjengitt av Hagen, 2021, s. 87). En slik overføring av vonde minner kan føre til at vedkommende presses ut av sitt toleransevindu og da reagerer med sinne eller annen utagering. Dersom det er en kraftig og uventet reaksjon, kan det gjøre det utfordrende å hjelpe vedkommende. Som miljøpersonalet er det viktig at man er respektfulle, anerkjennende og sensitive til beboeren, samt å være i stand til å reflektere rundt egne reaksjoner (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 4). Trygge relasjoner er nødvendig for vanlig menneskelig utvikling. Hos traumeutsatte barn har denne utviklingen blitt forstyrret (Bath, 2008, s. 19). TBO viser at man kan korrigere noe av den traumeutsattes vonde erfaringer fra tidligere møter med voksne, via et nytt samarbeid med for eksempel en miljøterapeut (Banks, 2006, gjengitt av Knight, 2015, s. 26-27). Det understrekes at dette kun er mulig om man som hjelper har kunnskap om utviklingstraumer og hvordan disse påvirker beboeren her og nå (Knight, 2015, s. 27).

3.3.3 Følelsesregulering

Små barn har ikke selv evnen til å regulere eller forstå følelsene sine. Dette læres i samspill med omsorgsgiverne ved at omsorgsgiver trøster og beroliger på ulike måter. På denne måten lærer barna at sterke følelser kan håndteres og mestres sammen med omsorgsgiver, og senere alene. Etter hvert lærer man at følelsene har navn og at man kan kjenne forskjellen på disse. Traumeutsatte barn har i liten grad mulighet til å regulere egne følelser,

og i mange tilfeller kan de slite med å sette ord på hva som skjer i kroppen (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 4-5). Mange har derfor skapt nyttige overlevelsesstrategier, som stor grad av selvstendighet eller en sensitivitet for fare (Bath, 2015, s. 9). Man ser også at mange bruker helseskadelige strategier som alkohol eller rusbruk senere i livet for å få en pause fra problemene traumene bringer (Felitti et al, 1998, s. 253). Miljøpersonalets rolle er da å forsøke å forstå beboernes mestringsstrategier slik at man kan møte dem med empati, samt å veilede dem mot en tryggere måte å håndtere problemene på (Bath, 2015, s. 9). For å gjøre dette mener Jørgensen og Steinkopf (2013) at man som miljøpersonalet bør være spesielt interessert i å møte de traumeutsattes komplekse utfordringer. Man må være forberedt på at det kan være en langsom prosess med lite forutsigbarhet (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 4-5). Denne prosessen består i hovedsak i å hjelpe beboeren med å regulere følelsene sine. Aktiv lytting har en sentral rolle slik at man sammen kan reflektere rundt følelser og få hjelp til å sette ord på disse. Bath (2008) nevner at forskning understreker at å sette ord på negative følelser hjelper å roe disse følelsene (Lieberman et al., 2007, gjengitt av Bath, 2008, s. 20). Å bruke aktiv lytting i samspill med beboeren kan hjelpe til at beboeren selv klarer å reflektere over eget liv, samt at de får eierskap til sin historie. Slik refleksjon er et viktig element for å bli bedre (van der Kolk, 2003, gjengitt av Bath, 2008, s.20).

For at man skal kunne arbeide med følelsesreaksjoner er det viktig å være i toleransevinduet sitt, siden det kun er der læring og utvikling kan skje. Som miljøpersonalet kan vi hjelpe med samregulering slik at beboerne senere kan være i stand til å møte følelsene sine alene. Samregulering handler om å møte vedkommende med forståelse for hva som ligger bak atferden, og hjelpe å anerkjenne og sette ord på den. Med rolig stemme og åpen holdning hjelper man personen til å roe seg ned slik at de selv har kontroll igjen. Ved å møte dem med forståelse og trøst vil de etter hvert klare å gi dette til seg selv (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 7-8).

3.4 Et kritisk blikk på TBO

TBO har de siste ti årene fått en fremtredende plass i arbeidet med mennesker internasjonalt (Bath, 2017, s. 2). Kunnskapen i Norge er fortsatt noe begrenset, selv om den

gradvis øker (Hagen, 2021, s. 15-16). Med økt kunnskap om TBO kommer også ansvaret for å tenke kritisk om forklaringsmodellen. Med økt fokus på traumer ser man at noen ser all atferd med tanken om at traumene er årsaken. På den måten ser noen bort ifra vanlig atferd som kan være for å teste autoritetspersonene rundt seg og i stedet tilskrive dette traumene. Det fører til utfordringer med konsekvenser som straff, i redsel for at det skal re-traumatisere den traumatiserte (Bath, 2017, s. 8).

Det kan være godt for mange med hjelp til å forstå hvorfor man handler som man gjør. Likevel kan man med økt fokus på traumer ende opp med å sette merkelapper på den traumatiserte. I stedet for fokus på styrker og hva den enkelt har overvunnet ender fokuset på at de er traumatiserte. Her er det viktig å understreke at traumene er noe de har blitt utsatt for, men det er ikke det som definerer dem som mennesker (Bath, 2017, s. 6).

3.5 Institusjonens rammebetingelser

Institusjonene jeg skal presentere her er ikke behandlingsinstitusjoner. Lavterskel rusinstitusjoner er midlertidige botilbud for mennesker i aktiv rus, som ikke har noe annet sted å bo. Ved de fleste institusjonene kan man bo inntil tre måneder, med mulighet for forlengelse opptil et år. På utrednings- og videreformidlingsenhetene er hensikten å gi helse- og sosialfaglig hjelp, ved å fokusere på stabilisering og kartlegging av livssituasjonen slik at man kan finne mer aktuelle steder å bo som passer den enkelte. Man kan se mange likheter i rammene til mestringsenhetene. Målet er en mer stabil livssituasjon, samt å øke ferdighetene for å senere bo i egen eller annen egnet bolig (Oslo kommune, u.å.e).

Regjeringen har utarbeidet noen retningslinjer som alle midlertidige botilbud skal inneholde. Noen av disse innebærer at boligen skal ha mulighet til matlaging, ha rett til privatliv og at den skal være tilstrekkelig innredet. Det skal også være mulig for beboeren å ivareta personlig hygiene gjennom god tilgang til toaletter og bad, samt tilgang til å vaske klær. Renhold av rom skal beboer gjøre selv, eller ved bistand av personalet. Dette er krav som skal hjelpe til en så stabil og normal hverdag som mulig. Regler for oppholdet skal gjøres kjent med beboer, og skal aksepteres av sosialtjenesten (Arbeids- og sosialdepartementet, 2003). Et eksempel på et slikt reglement kan være forbudet mot vold og trusler, eller annen

atferd som kan sette andre i fare, som fører til utskrivelse fra boligen (Oslo kommune, 2020, s. 15).

Samarbeid med beboeren og tilrettelagte tjenester for hver enkelt er verdier som ligger til grunn ved et opphold i VELs institusjoner. Alle beboere skal ha en plan for oppholdet (Oslo kommune, 2020, s. 10), og de fleste institusjonene har primærkontakter som man som beboer får når man flytter inn. Disse skal følge beboeren opp tettere enn de andre ansatte og har ansvar for at man hjelper beboer å arbeide med planen for oppholdet (Oslo kommune, u.å.b). Dette kan være områder som rusmestring, ønske om bolig, arbeid og aktivitet, nettverk og psykisk og fysisk helse. De ansatte skal legge til rette for samarbeid med aktører som kan være aktuelle for beboeren (Oslo kommune, 2020, s. 12-13). Et tiltak treffer flere av disse områdene, og som brukes for stabilisering kan være substitusjonsbehandling. Dette kan for eksempel være legemiddelassistert skadereduserende substitusjonsbehandling i Oslo (LASSO) eller legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det er et tiltak for dem som er avhengig av opioider. Hensikten er å redusere helseskader forårsaket av injeksjon av opioider, redusere overdoserisiko, hjelp til å opprettholde boevne og det skal bidra til at man ikke skal trenge å skaffe illegale rusmidler gjennom prostitusjon eller kriminalitet (Haga, 2021, s. 323-324; Oslo kommune, u.å.c). Andre skadereduserende tiltak kan være utdeling av rent brukerutstyr og nalokson neseppray som motgift mot opioidoverdose. Nalokson kommer i nesepprayformat slik at mennesker uten helsefaglig bakgrunn også kan bruke disse. Dette kan man finne på flere av lavterskeltilbudene i Oslo (Hustvedt & Nesvåg, 2018, s. 5). Utdeling av rent brukerutstyr kan være med å redusere skader knyttet til rusbruk, som infeksjonssykdommer eller overdoser (Platt et. al., 2017 gjengitt av Hustvedt & Nesvåg, 2018, s. 2).

Byrådet vil også at psykisk helsearbeid og psykiske helsetjenester i Oslo utformes slik at somatikk, psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer sees i sammenheng og at en traumebevisst tilnærming skal ligge til grunn for tjenestene (Oslo kommune, 2019, s. 18). Institusjonene jeg har presentert er ikke direkte psykiske helsetjenester, men det er et ønske at disse skal fokusere både på psykisk og fysisk helse under oppholdet. Dette følges opp på flere av institusjonene med tilgang til psykisk helsearbeider og sykepleiere, samt i noen tilfeller leger og psykiatere (Oslo kommune, u.å.a). I Oslo kommune kreves det at medarbeiderne skal ha god relasjonskompetansen, faglig kompetanse og kunnskap om hva

som finnes av tilbud. De ansatte skal være kvalifiserte og trygge samarbeidspartnere for brukerne. Dette fordi de kommunale tjenestene, spesielt i institusjon, er tett på brukernes hverdag og ønske er å hjelpe brukerne til å mestre eget liv så selvstendig som mulig (Oslo kommune, 2018, s. 21). Et av byrådets mål er også at det skal implementeres styrket kunnskap om traumeinformert tilnærming og omsorg. Ønske er at dette skal være en del av organisasjonskulturen og kompetansen til ansatte i kommunale tjenester. Det er viktig fordi miljøpersonalet ofte vil kunne møte mennesker som er utsatt for traumer, men som ikke nødvendigvis søker hjelp for disse (Macy, 2007; Pence, 2011, gjengitt av Knight, 2014, s. 25).

4 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg se på hva som kan være hensiktsmessig ved å utøve TBO på lavterskel rusinstitusjon, samt hvilke utfordringer for følger med dette.

4.1 TBO i arbeid med voksne

Som beskrevet i teorikapittelet er TBO en forståelsesramme som fosterforeldre eller miljøterapeuter kan bruke i møte med traumatiserte barn og unge. Grunnpilarene gir kunnskap slik at man som hjelpere bedre kan forstå barnets atferd og reaksjoner, samt hvordan man kan møte barnet på en slik måte at det kan føle seg trygg. Når tryggheten til en grad er på plass kan man jobbe med å utarbeide en relasjon slik at man gjennom den kan reparere noe av skaden som har skjedd og lære barnet selv å takle sterke og vanskelige følelser, så de er bedre rustet for livet som voksen (Bath, 2015, s 6). Ettersom denne forståelsesrammen ble utarbeidet med barn i fokus, kan den være hensiktsmessig for voksne med traumeerfaringer?

Felitti et al. (1998) kom fram til at det er en sammenheng mellom tidlige traumeerfaringer og problematisk rusbruk i voksen alder, slik man kan se i institusjonene presentert her. Som tidligere nevnt vil utviklingstraumer påvirke den utsattes evne til å regulere følelsene sine, fordi man som barn ikke fikk anledning til å lære dette som normalt (Heim et al., 2010, gjengitt av Nordanger, 2014, s. 47). Har traumene skjedd i voksen alder er ikke skaden like stor som om når man forstyrrer barns utvikling, men det kan likevel føre til at den voksne «settes tilbake i utviklingen». Dette skjer ved at de komplekse traumene bryter ned det reguleringsystemet man har utviklet i løpet av livet (Nordanger, 2014, s. 26). Så hvis man har opplevd noe slikt over tid, vil mange i stor grad ha vanskelig for å regulere følelser og reaksjoner i kroppen. For de som bor på en lavterskel rusinstitusjon kan det tenkes at rusen er en måte for den traumeutsatte til å regulere vanskelige følelser og fryktreaksjoner, eller en flukt fra å huske det vonde som har skjedd (Somer, 2009, gjengitt av Kjøsnes, 2014, s. 143). Dersom det er utviklingstraumer eller kompleks PTSD ser man at konsekvensene er store vansker med regulering av følelser og sosiale relasjoner. Av den grunn kan det se ut som TBO også kan hjelpe miljøpersonalet å møte voksne på en måte som i større grad

ivaretar dem og det de strever med. Gold (2001) nevner også at TBO hjelper vedkommende å øke sin daglige fungering, samt å forbedre evnen til å håndtere ubehag (Gold, 2001, gjengitt av Knight, 2014, s. 26).

På en annen side er det ikke et krav med psykiske problemer eller traumeerfaringer for å bo på lavterskel rusinstitusjon, selv om mange har psykiske utfordringer (Oslo kommune, 2020, s. 15). Derfor vil det være flere som ikke direkte har behov for TBO. Likevel vil det ikke skade å skape en god relasjon til beboerne man skal jobbe med. Det er også i tråd med Oslo kommunes hensikt med rusinstitusjonene. Som miljøpersonalet vil man av ulike grunner ikke alltid vite beboernes bakgrunn. Man kan derfor møte traumeutsatte uten å være klar over dette (Knight, 2014, s. 26). Dersom man da har kunnskap om traumer og virkningene av dem kan man opptre varsomt og oppmerksomt mot nye beboere. På den måten vil man hjelpe til å sikre et mer stabilt opphold for beboeren.

4.2 Sårbare grupper

Kombinasjonen av traume- og ruslidelser skaper en spesielt sårbar gruppe og mange har dårlige erfaringer med hjelpeapparatet (Kjøsnes, 2014, s. 144). Så hva kjennetegner livene deres som gjør at det kan være hensiktsmessig å møte dem med TBO?

Ifølge Kjøsnes (2014) understreker flere studier at det er forhøyet sjans for å ha symptomer på PTSD når man har en ruslidelse, og like mange av dem med PTSD har også en ruslidelse (Kjøsnes, 2014, s. 143). Problemer med rus i voksen alder kan tyde på at man ikke fikk den hjelpen man trengte da man var barn. Mennesker med traumatiske opplevelser fra barndommen har større sjans for psykiske og fysiske helseplager i voksen alder, inkludert bruk av alkohol og andre illegale rusmidler (Felitti et al., 1998, s. 253). Et liv med bruk av rusmidler skaper risiko for ytterligere traumepåkjenninger (Jacobsen, Southwick & Kosten, 2001, gjengitt av Kjøsnes, 2014, s. 143).

Undersøkelser viser at rusmiddelbruk kan være en av de mest dominante faktorene for å stå uten bolig. I 2016 hadde en fjerdedel av bostedsløse i Norge alvorlige rusproblemer, og flere av disse bor i midlertidige botilbud (Dyb & Lid, 2017, gjengitt av Evjen et al., 2018, s. 96-97). Et liv med alvorlig rusmiddelbruk og traumer kan til tider være svært kaotisk, preget av kriser

og problemer med å planlegge og å huske avtaler (Kjøsnes, 2014, s. 158). Det hender da at man lever et liv som gjør at å skaffe bolig blir vanskelig, eller at man mister boligen sin på grunn av rus eller problemer med psykisk helse (Goldfinger & Schutt, 1996, gjengitt av Evjen et al., 2018, s. 96).

Som rusavhengig med traumer bruker man mye tid og energi på å holde seg fri for abstinenser og traumesymptomer. Dette gjør mange med å ruse seg (Somer, 2009, gjengitt av Kjøsnes, 2014, s. 143). Mange finansierer dette med kriminalitet og prostitusjon, noe som kan være re-traumatiserende (Kjøsnes, 2014, s. 160). Flere er preget av gjeld, og sliter derfor med reell frykt for å bli skadet eller drept om de ikke betaler denne (ibid.). Det er lite som skal til for at man faller utenfor toleransevinduet sitt. Det kan innebære konstant frykt og årvåkenhet eller at man blir passiv og nummen. Hensikten med å ruse seg kan da være å få muligheten til å slappe av og rømme fra frykten, eller å oppnå årvåkenhet slik at man kan oppdage trusler. Målet med tilværelsen blir overlevelse og den tar all energien man har (Nordanger, 2014, s. 49). På institusjoner hvor man må være bostedsløs, over 18 år og ha rusproblemer for å bo (Oslo kommune, u.å.e), der det er 15-40 andre i samme situasjon, kan man tenke at det kan oppstå konflikter mellom beboere. Det er naturlig at beboere føler seg utrygge, er redde og at de gjør det de kan for å beskytte seg selv. Det er vanskelig å jobbe med stabilisering og formidling av trygghet om beboeren føler seg utrygg, spesielt i det som er beboerens hjem. Det krever hjelp av noen man stoler på, og som man føler seg trygg med (Kjøsnes, 2014, s. 160). Mennesker som lever med traumer har ofte problemer med å skape og opprettholde meningsfulle relasjoner, på grunn av lite kontinuitet og fordi den andre parten kan oppleves som en stedfortreder for personen som har påført traumene. På den måten kan hjelperen ende opp med å bli fryktet, utfordret, seksualisert eller tatt avstand fra (Courtois, 2001, gjengitt av Knight, 2014, s. 26). Det kan derfor både være utfordrende og ekstra viktig for miljøpersonalet å arbeide for å skape en relasjon med beboeren, samt å arbeide med å stabilisere hverdagen og hjelpe beboeren med å lande her og nå. Ved å anvende TBO kan miljøpersonalet arbeide for at beboeren skal forstå at den er trygg. Føler beboeren seg utrygg er det større sannsynlig at den havner i en fight-respons til opplevelsen av fare og på grunn av dette utøver vold for å forsvare seg. Vold fører til utskrivelser (Oslo kommune, 2020, s. 15). Dette vil bidra til en ytterligere ustabil og uforutsigbar situasjon for den traumeutsatte, der de igjen må starte på nytt i nye relasjoner (Oslo kommune, 2020, s.

13-14). Når man jobber med traumeutsatte, og særlig dem som ofte skrives ut etter kort tid, kan man ende opp med å sette merkelapper på mennesker som allerede blir møtt med mye negativitet. Som miljøpersonalet er det viktig å reflektere rundt hva man fokuserer på i arbeid med beboeren. Er det at beboeren er traumatisert, og blir definert ut fra dette? Eller er det et menneske i en svært sårbar situasjon, men som ikke defineres av sine traumeerfaringer? Det er viktig også å fokusere på hva beboeren har overvunnet, samt deres styrker (Bath, 2017, s.6).

4.3 Hensiktsmessig bruk av TBO og utfordringer

For å unngå vold og trusler kan man som miljøpersonalet være bevisst på hvordan man opptrer slik at man ikke blir kilden til beboerens frykt. Miljøpersonalets rolle blir da å forsøke å forstå beboeren og møte dem med empati i det de strever med (Bath, 2015, s. 9). Det vil være godt for beboeren å forstå at mange av reaksjonene de har er vanlige traumereaksjoner, men her kan miljøpersonalet møte en utfordring. Ved å lære om traumer og effekten de kan ha på mennesker kan det være lett å se all atferd i lys av traumene. Man må derfor være oppmerksomme og snakke med beboeren for å forstå hva som har skjedd. Hvis ikke risikerer man å bortforklare atferd som ellers ville skapt straffende konsekvenser, og man mister en grad av forutsigbarhet i at noen handlinger må ha konsekvenser (Bath, 2017, s. 8). Er beboeren frustrert eller lei seg kan man bruke aktiv lytting slik at man sammen kan reflektere rundt følelser og få hjelp til å sette ord på disse. Å sette ord på negative følelser hjelper i mange tilfeller til å roe disse følelsene (Lieberman et al., 2007, gjengitt av Bath, 2008, s. 20).

Tiltak man kan fremheve er hjelp til hverdagslige ting hvor man bruker tid med beboeren som klesvask, romvask, eller å følge til avtaler. På den måten ser beboeren at miljøpersonalet stiller opp og ønsker å hjelpe, og at de ikke ønsker beboeren noe vondt. Som miljøpersonalet er det spesielt viktig at man gjennom sin relasjon til beboer er ærlig i sin kommunikasjon, samt forutsigbar, slik at beboer ikke skal trenge å være på vakt for fare. Man kan bygge tillit ved å formidle tydelig at man er tilgjengelig for beboer om den skulle trenge hjelp, og at man følger dette opp (Bath, 2008, s. 19). På et botiltak som disse institusjonene vil man som primærkontakt ikke være tilgjengelig på enhver tid av døgnet,

men man kan informere beboer om når man er tilgjengelig, og gi informasjon om hvem man ellers kan ta kontakt med om det trengs. Det er alltid noen som er tilgjengelige. På den måten skaper man forutsigbarhet i samhandling med beboer. Dette fjerner ikke nødvendigvis beboers følelse av utrygghet, men det er viktig at miljøpersonalet ikke er kilden til denne utryggheten. Ved å utrykke empati, forståelse og aksept kan man skape relasjoner med beboer som gjør at de kjenner på en trygghet knyttet til miljøpersonalet i en ellers utrygg virkelighet (Bath, 2015, s. 7). En slik relasjon kan være med å rette opp i eller justere beboers bilde av verden og andre mennesker som fiendtlige (McCann & Pearlman, 1990, gjengitt av Knight, 2015, s. 27). Men det er viktig å understreke at dette avhenger av miljøpersonalets kunnskap om utviklingstraumer og hvordan det kan påvirke den traumeutsatte (Knight, 2015, s. 27).

Oslo kommunes plan for rusinstitusjoner fokuserer på stabilisering og at man skal se det helhetlige bilde (Oslo kommune, 2020, s. 16; Oslo kommune, u.å.d). Dette stemmer overens med tanken bak TBO. TBO skal trygge beboeren og se den nåværende atferden i lys av tidligere traumatiske hendelser. Stabilisering vil handle om å skape trygghet i øyeblikket eller hjelpe beboer til å få en pause i en ellers kaotisk hverdag. Man må derfor møte de her og nå med behovene de har her og nå (Kjøsnes, 2014, s. 160-161). Det kan for eksempel være tiltak til bedre rusmestring, noe som er spesielt utfordrende for mennesker med traumer. Som miljøpersonalet kan man hjelpe beboer til å få mer stabilitet i hverdagen med substitusjonsbehandling. Ved substitusjonsbehandling vil beboeren kunne få metadon eller buprenorfin. På den måten kan man redusere bruk av illegale rusmidler. Daglige doser skaper forutsigbarhet som kan føre til mindre behov for kriminalitet og mindre angst for abstinenser (Kjøsnes, 2014, s. 161). Mange rusavhengige sliter med hukommelsen. Som miljøpersonalet har man da en mulighet til å hjelpe beboer til å huske ved å minne på avtaler og å følge opp hvordan det går med substitusjonsbehandlingen. Et tiltak som dette kan bidra til mer stabilitet og trygghet i hverdagen for beboeren, men det løser ikke alle problemene. Man vil fortsatt trenge hjelp til å bearbeide traumene som kan være årsaken til rusavhengigheten. Som miljøpersonalet har man ikke kompetanse til dette, men man kan bidra til at beboeren kommer i kontakt med aktuelle hjelpeapparater (ibid.).

Dersom man klarer å skape en god relasjon til beboer kan man bidra til mer stabilitet og noe bedret situasjon for beboeren. Botiden på en slik institusjon er likevel begrensende.

Formålet med institusjonene er ikke at beboeren skal bli værende der permanent, men at man som miljøpersonalet etter hvert skal hjelpe dem videre til et mer egnet bosted. De fleste institusjonene tilbyr ikke oppfølging etter endt opphold. Utgangspunktet er 3 måneder, hvor man kan forlenge opp til et år (Oslo kommune, u.å.e). Dersom man har store problemer med relasjoner kan det bli utfordrende om man har skapt en god relasjon til noen, for så å måtte starte på nytt et annet sted.

I 2019 hadde korttidsinstitusjonene 2822 inntak, hvor 1176 kom fra de 81 samme personene. 81 personer hadde altså hatt mer enn 10 inntak i ulike institusjoner i VEL på et år. Det tilsier en svært ustabil hverdag med lite sikkerhet for framtiden (Oslo kommune, 2020, s. 13-14). Mange må altså forholde seg til et høyt antall mennesker over korte perioder. Et høyt antall inntak av samme personer tilsier utskrivelser fra andre institusjoner, som regel på grunn av vold og trusler (Oslo kommune 2020, s. 15). Dette er mennesker som sliter med å beholde plassen sin. For dem er det ekstra vanskelig å skape relasjoner til andre mennesker, og usikkerheten knyttet til bosituasjonen er høy. Er slike utskrivelser noe man kan unngå ved bruk av verktøyene i TBO? Hva skal til for å hjelpe dem? En følelse av trygghet vil kunne føre til mindre behov for å beskytte seg selv med vold eller trusler, men er alle mottakelige for betryggelsene man som miljøpersonalet kan gi når erfaringene deres sier det motsatte? Og vil de uansett falle i grus om det oppstår en situasjon hvor det utøves vold? Vil det være mulig for miljøpersonalet i en periode å diskutere alvorlighetsgraden av truslene eller volden? Altså å utøve skjønn i situasjonene der det skjer for å skape tillit mellom miljøpersonalet og beboeren? Det kan hjelpe for den enkelte i noen situasjoner, men vil det skape et mer utrygt hjem for resten av beboerne, der uakseptabel atferd som vold og trusler ikke lenger straffes i samme grad? Vil dette føre til økt bruk av vold eller trusler, noe som setter allerede traumatiserte beboere i fare for ytterligere påkjenninger? Andre beboere som utsettes for volden vil måtte leve med voldsutøveren, noe som kan bidra til re-traumatisering (Kjøsnes, 2014, s. 160).

Kan man tenke at ikke alle er mottakelige for TBO på lavterskel rusinstitusjon? At noen har større behov for omsorg og hjelp enn det man kan gi innenfor lavterskelrammene? Det kan hende. Det betyr likevel ikke at man ikke skal prøve å bruke de verktøyene man har med de menneskene man møter.

Det er heller ikke bare selve rammene til institusjonene som kan skape utfordringer med bruk av TBO. Oslo kommunes plan for psykiske helse og rus legger fram et økt fokus på traumer og forståelsen av disse (Oslo kommune, 2019, s. 13; Oslo kommune, 2018, s. 39). Det er et løftområde som tilsier at det mangler kompetanse på område. Mange er usikre i møte med mennesker som har opplevd traumer, fordi man ikke vet i hvor stor grad man skal forholde seg til traumene, eller man er redd for å re-traumatisere beboeren (Knight, 2014, s. 30). Mer kunnskap på område er derfor nødvendig for at man skal sikre god oppfølging.

5 Konklusjon

Det ser ut til at det er flere faktorer som gjør det hensiktsmessig å utøve TBO på lavterskel rusinstitusjon, samt at det finnes noen utfordringer med institusjonenes rammer man ikke kan se bort ifra. Mange av tiltakene man kan gjøre i lys av TBO samsvarer med retningslinjer og tiltak som allerede finnes i disse institusjonene. Noe av forskjellen ser ut til å være på kunnskapen om hvordan traumene påvirker beboeren, og at denne kunnskapen bidrar til større forståelse og empati, der det ellers kunne oppstått frustrasjon eller en følelse av å ikke strekke til. Det ser ut som at TBO kan bidra til at man som miljøpersonalet i større grad vet hva som skal til for å trygge beboeren. Dersom man får tiden og muligheten til å utvikle en relasjon kan man til en viss grad bidra til å justere beboerens bilde av andre mennesker og. Man kan være til stede i vanskelige situasjoner og snakke gjennom hva som skjer med beboeren, lytte og hjelpe dem med å sette ord på hva de føler. Kanskje kan man skape et håp om at det finnes hjelp og mennesker som oppriktig ønsker å hjelpe. Man kan likevel ikke se bort ifra utfordringene som presenterer seg. Med økt kompetanse om traumer kommer ofte økt fokus på det. Man må derfor være oppmerksom slik at man ikke tilskriver all atferd kun til traumereaksjoner. Å lære om traumer og vanlige reaksjoner kan være svært nyttig, men man må være bevisst på hvordan man ser på beboeren, ikke som den traumatiserte, men som et menneske som har opplevd traumer. I tillegg er det kort botid, og man bor med mange andre i samme situasjon, noe som kan skape uro og kaos. Noen vil ikke rekke å få sjansen til å føle seg trygge nok til å utvikle en relasjon til miljøpersonalet. Et lite antall mennesker må flytte mye, ofte på grunn av utskrivelser etter vold og trusler. Det kan se ut til at de med størst behov for TBO sjelden kommer i en posisjon hvor det er mulig å ta imot.

Litteraturliste

Anstorp, T. & Benum, K. (2014). Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling? I Anstorp, T. & Benum, K. (Red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 19-38) Universitetsforlaget.

Arbeids- og sosialdepartementet. (2003). *Veileder for kvalitetskrav til midlertidig husvære etter lov om sosiale tjenester § 4-5*. (Nr. U-5/2003) [Rundskriv]. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/u-52003/id109238/>

Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming children and youth*, 17(3), s. 17-21.

Bath, H. (2015). The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours. *Reclaiming children and youth*, 23(4), s. 5-12.

Bath, H. (2017). The Trouble with Trauma. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 16(1), s. 5-12.

Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I., & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I Ellingsen, I. T., Levin I., Berg B., & Kleppe L. C. (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok* (s. 19-35). Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.) Gyldendal akademisk.

Ellingsen, I. T., & Levin, I. (2015). Det sosiale i sosialt arbeid. I Ellingsen, I. T., Levin I., Berg B., & Kleppe L. C. (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok*. (s. 47-64). Universitetsforlaget.

Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2018) *Dobbelt opp: Om ruslidelser og psykiske lidelser* (4.utg) Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen. (2019) *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere* [Brosjyre].
<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S. (1998) Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults – The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), s. 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Haga, W. (2021) Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. I Lossius, K. (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., s. 319-335). Gyldendal.

Hagen, M. B. (2021) Innledning. I Hagen, M. B. (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. (2. utg., s. 13-28). Universitetsforlaget.

Hagen, M. B. (2021). Samspillets betydning for barnets utvikling. I Hagen, M. B. (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. (2. utg., s. 84-102). Universitetsforlaget.

Hagen, M. B. (2021) Traumebevisst miljøterapi. I Hagen, M. B. (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. (2. utg., s. 29-50). Universitetsforlaget.

Hustvedt, I. B. & Nesvåg, S. (2019) *Utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmiddelbruk. Kommuneundersøkelse 2018*. (KORFOR-rapport 2019/01). <https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Brukerplan/Utstyrsunders%C3%B8kelse%202018.pdf>

Jørgensen, T.W., & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg. *Fosterhjemskontakt*, 1, 10-17.

Kjøsnes, R. (2014) Traumeforståelse i behandling av rusmiddelavhengighet. I Anstorp, T. & Benum, K. (Red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 143-162). Universitetsforlaget.

Knight, C. (2014). Trauma-Informed Social Work Practice: Practice Considerations and Challenges. *Clinical Social Work Journal*, 2015 (43), s. 25-37. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0481-6>

Leseth, A. B & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Nordanger, D. Ø. (2014) Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid. I Anstorp, T. & Benum, K. (Red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 19-38) Universitetsforlaget.

Oslo kommune. (2017). *Rett hjelp til rett tid. Kunnskapsgrunnlag for rusmelding, Oslo kommune.* <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13231464-1499069716/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Prosjekter/Kunnskapsgrunnlag%20for%20ny%20rusmelding/Rett%20hjelp%20til%20rett%20tid.pdf>

Oslo kommune. (2018). *Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo.* [Byrådssak 158/18].

Oslo kommune. https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819853&filnavn=vedlegg%2F2018_06%2F1257620_1_1.pdf

Oslo kommune. (2019). *En psykt bra by - strategi for psykisk helse i Oslo* [Byrådssak 194/19].

Oslo kommune. https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819853&filnavn=vedlegg%2F2019_06%2F1314829_1_1.pdf

Oslo kommune. (2020). *Institusjonsplass – til rett tid og rett sted. Plan for Oslo kommunes rusinstitusjoner 2021-2030.* <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13377057-1598607110/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politikk%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politiske%20saker%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/2020/2020-09-10%20H%C3%B8ring%20-%20Plan%20for%20Oslo%20kommunes%20rusinstitusjoner%202021-2030/Velferdsetaten->

Institusjonsplass-til%20rett%20tid%20og%20rett%20sted-
Plan%20for%20Oslo%20kommunes%20rusinstitusjoner%202021-2030.pdf

Oslo kommune. (u.å.a). *Dalsbergstien hus*. Oslo kommune. Hentet 30.04.2021 fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/rusinstitusjon/alle-rusinstitusjoner/dalsbergstien-hus/>

Oslo kommune. (u.å.b). *Fagerborg bo- og omsorgssenter - Frelsesarmeen*. Oslo kommune. Hentet 30.04.2021 fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/rusinstitusjon/alle-rusinstitusjoner/fagerborg-bo-og-omsorgssenter/>

Oslo kommune. (u.å.c). *LASSO*. Oslo kommune. Hentet 30.04.2021 fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/behandling-og-tjenester/lasso/>

Oslo kommune. (u.å.d). *Marcus Thranes hus*. Oslo kommune. Hentet 30.04.2021 fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/rusinstitusjon/alle-rusinstitusjoner/marcus-thranes-hus/>

Oslo kommune. (u.å.e). *Plass på rusinstitusjon*. Oslo kommune. Hentet 30.04.2021 fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/rusinstitusjon/plass-pa-rusinstitusjon/>

Oslo kommune. (u.å.f). *Østensjøveien mestringsenhet*. Oslo kommune. Hentet 30.04.2021 fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/rusinstitusjon/alle-rusinstitusjoner/ostensjoveien-mestringsenhet/>

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*. Gyldendal akademisk

Vedlegg 1: Liste over selvvalgt pensum

Anstorp, T. & Benum, K. (2014). Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling? I Anstorp, T. & Benum, K. (Red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 19-38) Universitetsforlaget. (19 sider)

Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming children and youth*, 17(3), s. 17-21. (5 sider)

Bath, H. (2015). The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours. *Reclaiming children and youth*, 23(4), s. 5-12. (8 sider)

Bath, H. (2017). The Trouble with Trauma. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 16(1), s. 5-12. (7 sider)

Da Silva, A.B. & Hagen, M.B. (2016). Etikk og menneskesyn for en helhetlig traumebevisst omsorg. I Hagen, M.B., Da Silva, A.B. & Thelle, M.I., (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (s.45-58). Universitetsforlaget (13 sider)

Fekjær, H. O. (2016). *RUS: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (4. utg.). Gyldendal Akademisk. Kapitlene 22, 24 & 30. (35 sider)

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S. (1998) Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults – The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), s. 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8) (13 sider)

Fellesorganisasjonen. (2019) *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere* [Brosjyre].

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

(15 sider)

Haga, W. (2021) Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. I Lossius, K. (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., s. 319-335). Gyldendal. (16 sider)

Hagen, M.B. (2016). Den ensomme og lange veien ut av «berget det blå» - hensiktsmessige holdninger og handlinger i miljøterapeutiske intervensjoner. I Hagen, M.B., Da Silva, A.B. & Thelle, M.I., (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (s. 137-150). Universitetsforlaget (13 sider)

Hagen, M.B. & Da Silva, A.B. (2016). Miljøterapeuters reaksjoner i møte med traumatiserte pasienter. I Hagen, M.B., Da Silva, A.B. & Thelle, M.I., (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (s. 184-194). Universitetsforlaget (10 sider)

Hagen, M. B. (2021) Innledning. I Hagen, M. B. (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. (2. utg., s. 13-28). Universitetsforlaget. (16)

Hagen, M. B. (2021). Samspillets betydning for barnets utvikling. I Hagen, M. B. (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. (2. utg., s. 84-102). Universitetsforlaget. (18. sider)

Hagen, M. B. (2021) Traumebevisst miljøterapi. I Hagen, M. B. (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. (2. utg., s. 29-50). Universitetsforlaget. (21 sider)

Hammervold, U. E. & Da Silva, A.B. (2016). Bruk av tvangsmidler i traumebevisst miljøterapi – et faglig og etisk perspektiv. I Hagen, M.B., Da Silva, A.B. & Thelle, M.I., (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (s.165-183). Universitetsforlaget (18 sider)

Hustvedt, I. B. & Nesvåg, S. (2019) *Utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmiddelbruk. Kommuneundersøkelse 2018*. (KORFOR-rapport 2019/01). <https://helsestavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Brukerplan/Utstyrsunders%C3%B8kelse%202018.pdf> (10 sider)

Jørgensen, T.W., & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg. *Fosterhjemskontakt*, 1, 10-17. (7 sider)

Kjøsnes, R. (2014). Traumeforståelse i behandling av rusmiddelavhengighet. I Anstorp, T. & Benum, K. (Red.), *Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s.142-162). Universitetsforlaget. (20 sider)

Knight, C. (2015) Trauma-Informed Social Work Practice: Practice Considerations and Challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43, s. 25-37. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0481-6> (12 sider)

Lorentzen, P. (2020). Traumebevisst omsorg – ett skritt frem og to til siden. *Norges Barnevern*, 2(97) s. 146-161. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1891-1838-2020-02-06> (15 sider)

Nordanger, D. Ø. (2014) Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid. I Anstorp, T. & Benum, K. (Red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 19-38) Universitetsforlaget. (19 sider)

Oslo kommune. (2017). *Rett hjelp til rett tid. Kunnskapsgrunnlag for rusmelding, Oslo kommune.*
<https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/132314641499069716/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Prosjekter/Kunnskapsgrunnlag%20for%20ny%20rusmelding/Rett%20hjelp%20til%20rett%20tid.pdf> (105 sider)

Oslo kommune. (2018). *Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo*. [Byrådssak 158/18].

Oslo kommune. https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819853&filnavn=vedlegg%2F2018_06%2F1257620_1_1.pdf (40 sider)

Oslo kommune. (2019). *En psykt bra by - strategi for psykisk helse i Oslo* [Byrådssak 194/19].

Oslo kommune. https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819853&filnavn=vedlegg%2F2019_06%2F1314829_1_1.pdf (30 sider)

Oslo kommune. (2020). *Institusjonsplass – til rett tid og rett sted. Plan for Oslo kommunes rusinstitusjoner 2021-2030*. <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13377057-1598607110/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politikk%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politiske%20saker%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/2020/2020-09-10%20H%C3%B8ring%20-%20Plan%20for%20Oslo%20kommunes%20rusinstitusjoner%202021-2030/Velferdsetaten-Institusjonsplass-til%20rett%20tid%20og%20rett%20sted-Plan%20for%20Oslo%20kommunes%20rusinstitusjoner%202021-2030.pdf> (42 sider)

Reeves, E. (2015) A Synthesis of the Literature on Trauma-Informed Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 36:9, s. 698-709. DOI: <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1025319> (11 sider)

Thelle, M. I. (2016). Diagnoser og behandling. I Hagen, M.B., Da Silva, A.B. & Thelle, M.I., (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (s.101-121). Universitetsforlaget (20 sider)

SUM: 558 sider