

Viden om traumebevidste tilgange i indsatser til socialt udsatte voksne

En vidensafdækning og skitsering af en prototype

*Viden om traumebevidste tilgange i indsatser til socialt udsatte
– En vidensafdækning og skitsering af en prototype*

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-036-8

Projekt: 302049

Finansiering: Socialstyrelsen

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

International og dansk forskning dokumenterer høj forekomst af traumer blandt borgere inden for socialområdet, psykiatrien og kriminalforsorgen, og at disse grupper er i særlig høj risiko for yderligere traumatisering. På baggrund af denne viden forsøger både private og offentlige sociale indsatser i en række lande at blive mere traumebevidste og i stigende grad at identificere sig med idealerne fra *Trauma-Informed-Care* (TIC) – på dansk *traumebevidst tilgang* (TBT). Trods mange fagpersoner har viden om traumer og traumereaktioner og kender til grundlæggende principper for TBT, viser erfaringer også, at det er udfordrende at overføre disse idealer til virkelighedens verden, og at det kræver tid og lokal tilpasning.

På den baggrund har Socialstyrelsen med afsæt i initiativet "Bedre viden om traumebevidst tilgang til arbejdet med socialt udsatte voksne" igangsat en undersøgelse af perspektiverne i forhold til en øget brug af TBT i en dansk sammenhæng. Initiativet har Folketingets socialordførere igangsat som del af udmøntningen af Udviklings- og Investeringsprogrammerne for 2021 inden for temaet: *Unge og voksne med flere og komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt*.

Undersøgelsen bygger på en screening af dansk og international viden om målgruppen og om indsatser til voksne, som er socialt udsatte, samt på interview med borgere/brugerrepræsentanter, praktikere, ledere og internationale og danske eksperter. Projektet har til formål at afdække viden om TBTs relevans for praksis i arbejdet med socialt udsatte og at skitsere en prototype for, hvordan arbejdet med en traumebevidst tilgang kan styrkes på det sociale område i Danmark.

Undersøgelsen er gennemført af forsker Nichlas Permin Berger (projektleder), seniorforsker Lars Fynbo og videnskabelig assistent Josefine Frøslev-Thomsen, og er forankret i VIVE Social, og forsknings- og analysechef Kræn Blume Jensen har haft det overordnede ansvar.

Vi vil gerne benytte anledningen til at takke alle, der har bidraget til undersøgelsen, herunder deltagerne i interviewene og den faglige følgegruppe, som har bidraget med gode og konstruktive kommentarer undervejs. Vi vil også gerne takke to eksterne reviewere, som har haft rapporten i fagfællebedømmelse inden offentliggørelsen.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Socialstyrelsen.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social



Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	6
---------------	---

1	Indledning	14
1.1	Baggrund for undersøgelsen	14
1.2	Formål med undersøgelsen	16
1.3	Vidensbaggrund	17
1.4	Undersøgelsesdesign	25
1.5	Indkredsning af kernelementer og udvikling af en prototype	27
1.6	Rapportens opbygning	31

2	Litteraturreview	32
2.1	Implementering af TBT	32
2.2	Opsamling	39

3	Praksisbeskrivelse af TBT i Danmark	40
3.1	Traumebevidst tilgang i Danmark	40
3.2	Kvalitativ beskrivelse 1: viden om målgruppens traumer	42
3.3	Kvalitativ beskrivelse 2: fagpersoner	47
3.4	Kvalitativ beskrivelse 3: det pædagogiske og socialfaglige arbejde	57
3.5	Kvalitativ beskrivelse 4: organisering	62

4	Efterspørgsel efter TBT på det sociale område i Danmark	69
4.1	Har målgruppen behov for, at sociale indsatser er traumebevidste, og kan de drage nytte af dette?	70
4.2	Er der efterspørgsel efter at arbejde traumebevidst i kommuner, NGO'er og private tilbud?	71
4.3	Er der accept af TBT-prototypen blandt fagpersoner, medarbejdere, brugere og andre relevante aktører?	71
4.4	Er TBT-prototypen realistisk i drift, og hvad kræver den af ressourcer?	71

5	Prototype for traumebevidst tilgang (TBT) på det sociale område i Danmark	73
5.1	Seks kerneelementer for TBT i Danmark	75
5.2	Implementering og modning af TBT	91

6	Konklusion	93
---	------------	----

	Litteratur	95
--	------------	----

	Bilag 1 Undersøgelsens metoder	101
--	--------------------------------	-----

	Bilag 2 Litteraturreview	109
--	--------------------------	-----

	Bilag 3 TBT-centrets kriterier for screening og review af fuldtekst	120
--	---	-----

	Bilag 4 Informationsmateriale til rekruttering af interviewpersoner	121
--	---	-----

	Bilag 5 Interviewguide til fokusgruppeinterview med praktikere	124
--	--	-----

Sammenfatning

Formål og baggrund

Denne rapport formidler resultaterne fra en screening af viden om traumer og traumebevidst tilgang¹ (TBT) i sociale indsatser til voksne, som er socialt udsatte. Med betegnelsen 'sociale indsatser' refererer vi til såvel sociale tilbud som til kommunal forvaltning. Vi har på baggrund af undersøgelsens vidensafdækning formuleret en prototype eller model, som kan anvendes i det videre arbejde med at introducere TBT til eksisterende praksis på det sociale område.

Projektet ønsker med undersøgelsen at besvare spørgsmålet:

Hvordan kan eksisterende sociale indsatser i Danmark understøttes og styrkes gennem øget systematisk fokus på viden og bevidsthed om mulige traumer og traumereaktioner blandt voksne, som er socialt udsatte, såvel som ansatte i sociale indsatser?

Projektet tager udgangspunkt i de principper og forudsætninger for en traumebevidst tilgang (Trauma-Informed Approach), som er udviklet og beskrevet af den amerikanske institution, *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*. SAMHSA beskriver, hvordan viden om traumer og deres betydning for menneskers adfærd, interaktion, trivsel og strategier kan bidrage til at styrke indsatser over for mennesker med traumer (SAMHSA, 2014 a og b).

Prototypen har vi formuleret i form af seks kerneelementer, der reflekterer SAMHSAs vidensgrundlag, relevant forskningslitteratur samt erfaringer og viden om det sociale område og målgruppen. En syntese af denne viden har muliggjort formuleringen af prototypen, der udgør et solidt grundlag for at arbejde systematisk med traumebevidsthed på det sociale område i Danmark.

Baggrunden for projektet er, at Socialstyrelsen vurderer, at der er behov for nærmere afklaring af, hvorledes man kan understøtte, at praksis på socialområdet i Danmark arbejder systematisk med TBT i erkendelse af, at voksne, som er socialt udsatte, i væsentlig højere grad end den øvrige del af befolkningen har været udsat for traumer i barndommen og/eller i voksenlivet. TBT tilbyder

¹ Trauma-Informed Care (TIC), som er den engelske betegnelse. Internationalt anvendes også andre betegnelser om den specifikke faglige praksis som fx: *Trauma-Informed-Practices*, og inden for socialt arbejde specifikt, *Trauma-Informed-Social Work Practice* (Knight, 2015; Levenson, 2017).

netop en tilgang, som forholder sig aktivt til traumer i arbejdet med voksne, som er socialt udsatte. Forventningen er, at eksisterende sociale indsatser kan styrkes og fortsætte med at skabe positive resultater for borgere, når de forankres i TBT.

Traumeforståelsen, som rapporten tager udgangspunkt i, tager afsæt i SAMHSAs definition, som lyder:

Et traume opstår efter en enkelt episode, flere episoder eller et sæt af omstændigheder, der opleves af den enkelte som fysisk eller emotionelt skadelige eller livstruende, og som vedvarende påvirker individets funktionsevne og mentale, fysiske, sociale, emotionelle eller spirituelle trivsel i negativ retning (SAMHSA, 2014a).

I TBT er det essentielt, at der skabes fysisk, psykologisk og følelsesmæssig tryghed for borgere såvel som personale, og at der etableres rammer for indsatsen, som styrker borgerens oplevelse af empowerment, tryghed og kontrol. Således er TBTs ambition at etablere rammer, som i videst muligt omfang sikrer, at institutionelle processer og individuelle praksisser ikke retraumatiserer personer – borgere såvel som personale i sociale indsatser – som tidligere har oplevet traumatiske begivenheder. TBT er altså ikke en metode til behandling, men derimod en *tilgang* baseret på nogle grundlæggende principper, der er nært knyttede til *recovery* og psykosocial rehabilitering med fokus på styrkelse af menneskers sundhed, trivsel, selvbestemmelse og generelt bedre udnyttelse af deres fulde potentiale. Recovery handler overordnet om at skabe sig et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, sådan som borgeren selv definerer det (Borg et al., 2013). At arbejde med TBT kan på grund af denne lighed derved potentielt bidrage til at fremme målsætninger for recovery.

Projektets tilgang

I forbindelse med projektet har vi gennemført en vidensafdækning om implementering og virkning/effekt af TBT i indsatser på socialområdet og om erfaringer med sociale indsatser for voksne, som er socialt udsatte fra en række forskellige perspektiver.

Projektets data består af:

- et review af forskningslitteratur om TBT i socialt eller pædagogisk arbejde med voksne, som er socialt udsatte, med fokus på effekter og organisatorisk implementering af traumebevidst praksis i sociale indsatser. Der er beskrevet i alt 16 studier.
- interview med borgere og brugerrepræsentanter, praktikere, ledere fra kommunale, private og NGO-baserede tilbud til voksne, som er

socialt udsatte og med internationale og danske eksperter i traumer og TBT. I alt er der gennemført kvalitative interviews med 19 personer.

Resultater

Med udgangspunkt i undersøgelsens litteraturreview og analyse af kvalitative interview er det samlede billede, at de fleste voksne, som er socialt udsatte, lever med et eller flere traumer. Det kan fx være borgere, som benytter døgninstitutioner, er i social stofmisbrugsbehandling, er bosat på et herberg eller lever i hjemløshed. Undersøgelsen peger på, at traumer kan medføre, at borgernes muligheder for at indgå i en effektiv social indsats og behandling forværres. Traumer udgør således ofte en barriere for borgernes muligheder for trygt at indgå i sociale relationer og således også for muligheder for at profitere af sociale indsatser. Derfor fremstår TBT som en potentielt meget væsentlig tilgang, som de eksisterende sociale indsatser kan tilpasse og integrere.

Brugere/brugerrepræsentanter, medarbejdere, ledere fra sociale tilbud og eksperter, som i forbindelse med undersøgelsen er blevet interviewet, vurderer, at TBT har potentiale til at understøtte og styrke sociale indsatser i Danmark, og giver udtryk for stor interesse for TBT.

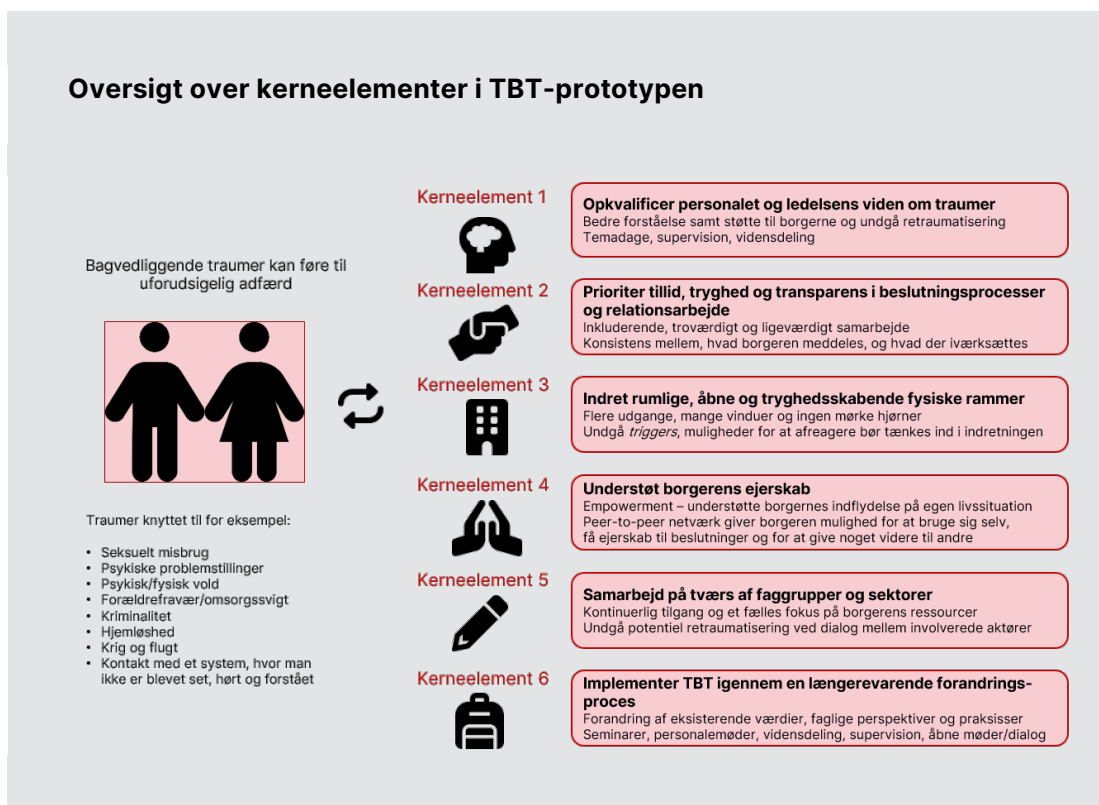
Væsentligt for introduktion til TBT i sociale indsatser er at sikre, at der i den samlede enkelte organisation er viden om traumer og traumers betydning for mennesker og deres sociale og/eller psykiske problemstillinger. Dette kan kræve en generel opkvalificering af personalet, og at ledelsen anerkender, at kulturen i organisationen skal orientere sig efter principper og værdier i TBT.

TBT indebærer også, at organisationen skal etablere faglige praksisser for at skabe tillid, tryghed og transparens i relationer og i beslutningsprocesser, at der indrettes trygge fysiske rammer, at borgerens ejerskab over egen situation understøttes, og at der etableres peer-to-peer-netværk. Endelig indebærer det, at der arbejdes tværfagligt og -sektorielt med borgeren og med TBT, samt at implementeringen udmøntes som en proces, der kan tage tid, fordi kultur og praksis for TBT skal understøttes og udvikles, og hvor kendetegnet er en tillidsskabende og tryk kommunikation med borgerne.

Prototypen, som vi har formuleret, er et resultat af udvalgte borgere, brugerrepræsentanter, praktikere, ledere og eksperter bud på en god og hensigtsmæssig tilgang til arbejdet med voksne, som er socialt udsatte, og som i mange tilfælde har været ude for traumer i deres liv. Prototypen er endvidere formuleret med udgangspunkt i viden om TBT fra litteraturreviewet og i SAM-HSAs seks kerneprincipper og fire forudsætninger for TBT. Prototypen er på

den baggrund vores bedste bud på vigtige kerneelementer for at arbejde systematisk med traumebevidsthed på det sociale område i Danmark, og prototypens seks kerneelementer understøtter hinanden og er hver især centrale for at arbejde med TBT.

Prototypen ser således ud:



Undersøgelsen finder, at det er væsentligt for faglig praksis at benytte en bred og rummelig definition af traumer, sådan som SAMHSA gør. Hvis definitionen bliver for snæver, kan en medarbejder potentielt komme til at afvise borgere, som oplever noget som et traume, hvilket er u hensigtsmæssigt for målet om at skabe en tillidsfuld og tryk relation til borgeren. Forskning viser, at det er relevant med en bredere definition af traumer, da også hændelser, som ikke er i diagnosesystemernes klassifikationer af traumer, kan medføre traumereaktioner og -problematikker. Med en for snæver definition af traumer risikerer man at overse traumers konsekvenser og mulige traumeproblematikker. Dermed bliver det vanskeligt at møde og forstå borgeren hensigtsmæssigt, idet det er ikke sikkert, at borgeren selv er klar over, at de hændelser, som har borgeren været ude for, har medført traumatisering.

Der er generelt begrænset evidens i litteraturen om effekter af at indføre TBT i sociale indsatser, men de 16 studier, som reviewet sammenfatter, giver alle indikationer på, at der er en række positive effekter af dette, både for den enkelte borger, de ansatte på de sociale tilbud og i sociale indsatser og for den faglige professionelle praksis. De positive effekter af TBT, som beskrives, dækker bl.a. reduktion i brug af tvang, reduktion af traumesymptomer, stofmisbrug, depressive symptomer, antal af akutindlæggelser, omfang af regelovertrædende adfærd og af personfarlige episoder. Studierne peger også på, at TBT kan styrke borgernes empowerment, understøtte mere dialog og et bedre samarbejde mellem personale og borgere samt styrke den fysiske, psykologiske og følelsesmæssige tryghed og sikkerhed.

Litteraturen om TBT peger overordnet på, at når borgere har traumer og oplever at blive mødt uden andres forståelse for traumer, og hvad de kan betyde, kan det vanskeliggøre fagpersoners arbejde med at gennemføre indsatser for borgerne. Samlet set finder vi, at TBT potentielt kan styrke alle sociale indsatser, da TBT er en tilgang til mennesker, som kan understøtte eksisterende indsatser, og som ikke potentielt skal erstatte en standardiseret metode med en anden.

Kerneelementerne i prototypen

Opkvalificer personalets og ledelsens viden om traumer er det første kerneelement i prototypen. Personalets viden om traumer i sociale indsatser er vigtigt for kvaliteten af indsatserne. En passende målsætning kan med fordel være, at så stor en del af den samlede personalegruppe som muligt introduceres til TBT. Samtidig vil forskellige faggrupper sandsynligvis have forskellige behov i forhold til omfanget af opkvalificerende aktiviteter, hvilket fremstår som vigtigt, når ressourcerne til at implementere TBT målrettes og prioriteres. Styrkelse af sådanne kompetencer kan fx ske gennem efteruddannelse, løbende supervision og via løbende dialog og erfaringsudveksling i personalegruppen, fx om traumer eller om bestemte borgeres særlige behov.

Tillid, tryghed og transparens i beslutningsprocesser og relationsarbejde er et andet kerneelement. At skabe tryghed for borgere såvel som for personale er centralt i TBT, hvilket kan sikres gennem at understøtte etablering af ligeværdige tillidsbånd mellem borgere og ansatte. Det kan tage lang tid at etablere tillidsfulde relationer til borgere med traumer, og ifølge interviewpersonerne kan det sagtens vare både måneder og halve år. Dette er en væsentlig omstændighed, fordi det er gennem den tryghedsskabende sociale interaktion, at borgerne bliver parate til at eksempelvis at indgå i mere dybdegående (specifikke) forløb, og at personalet kan lære borgernes særlige behov at kende. Når det omhandler etniske minoriteter eller mennesker født og opvokset i Grønland, er det særligt vigtigt, at personalet tager sig tid til at lære om

borgerens situation og baggrund, idet deres måder at interagere på ofte adskiller sig fra typiske danske hverdagslige omgangsformer.

TBT lægger op til, at tillid og tryghed bliver et fælles anliggende for både borgere og personale. For personalegruppen må en bevidsthed om, at personalet også er mennesker med potentielle traumer, sikres, hvorfor personalet må beskyttes ligesom borgerne, idet det skal være trygt at gå på arbejde. Personalesikkerhed fremstår altså som en vigtig forudsætning for TBT, der bidrager til at skabe den tryghed, som er essentiel for at etablere gode relationer mellem borger og personale.

Rumlighed og åbne fysiske rammer er det tredje kerneelement og en vigtig dimension i det tryghedsskabende relationsarbejde med borgere med mulige traumer. Litteraturen peger på, at nogle handlinger over for borgere med traumer utilsigtet kan virke retraumatiserende. Dette nødvendiggør en opmærksomhed på potentielle traume-triggers, altså faktorer, som kan virke retraumatiserende, og på at disse har indflydelse på borgerens umiddelbare adfærd og aktuelle situation. At understøtte borgerens oplevelse af tryghed kan ske ved både at tage højde for sådanne traume-triggers, og for hvilke forhold som opleves trygge, fx i forhold til indretning, at skabe et roligt og hjemligt miljø, egnede indirekte belysning med mulighed for lysdæmpning, fokus på god akustik og støjreduktion, grønne planter osv.

Understøt borgerens ejerskab er et fjerde kerneelement, som understreger, at det er væsentligt at samarbejde med borgeren om, at han/hun tager ejerskab over egen livssituation, og styrke borgeren i at håndtere hverdagen og sin tilværelse. Borgerens ejerskab er centralt i såvel TBT som i recovery, og her kan ligeværdighed og troværdighed i relationen mellem medarbejdere og borgere være helt afgørende. Personalet må være klar over, at relationer både kan forebygge og minimere traumers negative konsekvenser, men også at relationer utilsigtet kan skabe traumer eller retraumatise.

Samarbejd på tværs af faggrupper og sektorer er det femte kerneelement, som handler om at understøtte samarbejdet både inden for en organisation og mellem sektorer og organisationer, og herigennem imødekomme borgernes behov og problemstillinger gennem løbende udvikling og fastholdelse af et fælles fagligt fokus på og bevidsthed om borgernes mulige traumer. Et sådant samarbejde omkring borgeren på tværs af sociale indsatser og tilbud og medarbejdere kan bidrage til at skabe øget tryghed og tillid for borgerne og stabilitet i deres indsatsforløb, hvilket er centralt i TBT.

Implementering af TBT i organisationer tilrettelægges bedst i samarbejde mellem borgere, personale og ledelse, idet TBT netop er relevant for hele organisationen. Implementering af TBT indebærer bl.a., at personale og ledelse

har relevant viden om traumer, traumers indvirkning på mennesker og om social udsathed.

Den del af personalet, som ikke er en del af frontpersonalet, er også væsentlig for implementeringen af TBT, fx administrativt personale, køkkenpersonale, viceværter eller receptionister. Når borgere reagerer med en 'traumereaktion', vil TBT-tilgangens brede traumeforståelse bidrage til, at den ansatte bedre kan rumme borgerne, og kan samtidig medvirke til at sikre, at borgerens oplevelser ikke bliver afvist, og således fx forebygge konflikter. Det er i forlængelse heraf væsentligt at arbejde med en bred forståelse af traumer for at minimere risikoen for, at personalet afviser folk, som oplever noget som et traume.

Internationale erfaringer peger på, at det er en organisatorisk og længerevarende forandringsproces, som kan måles i forhold til, hvor meget en organisation orienterer sig mod centrale værdier og principper for TBT. Som alle organisatoriske udviklingstiltag, må det forventes, at en omstilling til at integrere TBT i eksisterende praksis vil være en længerevarende proces. En sådan proces skal understøttes, prioriteres og forankres i ledelsen. Der skal være relevant og tilstrækkelig viden om TBT i organisationen. Det er væsentligt, at både ledelse og personale i sociale indsatser begriber relevansen og er indstillede på at arbejde traumebevidst og grundlæggende støtter et sådant projekt – og at ledelsen er tydelig om, hvorfor dette er vigtigt.

I litteraturen finder vi en række eksempler på redskaber, som gør det muligt at monitorere og dokumentere en organisations udviklingsproces i forhold til TBT. Disse redskaber kan bidrage til at stille skarpt på de kerneprincipper, som TBT baseres på, og således til at fastholde et kollektivt fokus på implementeringen af disse. Et eksempel på et redskab hertil er *Ticometer* (Bassuk et al., 2017), hvor der bl.a. måles på niveauet af træning, uddannelse og viden om TBT, graden af tillidsfulde relationer, respekt for brugerne og graden af tryghed i miljøet. Dette baseres på 35 spørgsmål, som medarbejdere skal besvare for at få en score, der afgør den pågældende medarbejders oplevelser. Lige såvel beskriver vi Trauma-Informed-Practice Scales (Goodman et al., 2016), som indeholder et brugerperspektiv i vurderingen af TBT-implementeringen.

Konklusion

Samlet set konkluderer undersøgelsen, at sociale tilbud i Danmark har gode forudsætninger for at arbejde videre med og udvikle en systematisk brug af TBT, da der synes både at være interesse for TBT og en viden om traumer.

Prototypen for TBT kan bidrage til at understøtte eksisterende praksis og styrke den generelle bevidsthed og viden om traumer i sociale indsatser.

Da det sociale område dækker en bred vifte af kontekster og faggrupper, må en given organisations implementering af prototypen og de grundlæggende principper og værdier for TBT under alle omstændigheder tilpasses til den lokale kontekst. Forsøg på at implementere prototypen i sociale indsatser kræver derfor en nøje operationalisering af de enkelte kerneelementer i den specifikke organisation.

Det skal sikres, at TBT balancerer i forhold til den specifikke organisations indsats til dens konkrete målgruppe og ressourcemæssige rammer (fx økonomi og personale og forskellige fagligheder og funktioner). Dette er en væsentlig forudsætning for implementeringen, som kræver både ledelsens, men også medarbejdernes aktive engagement heri.

En implementering af TBT kan potentielt styrke alle typer af sociale indsatser, fordi TBT netop er en *tilgang* til mennesker og ikke en *standardiseret metode*.

TBT har meget til fælles med recovery bl.a. i forståelsen af, at menneskers trivsel til dels beror på individuelle forhold, dels afhænger af individets sociale relationer og deltagelse i sociale fællesskaber. Det er muligt at understøtte generel og igangværende udvikling omkring recovery, som mange sociale indsatser og tilbud i dag orienterer sig imod, ved at fremme et systematisk arbejde med og have fokus på traumer, ligeværdige partnerskaber, håb og selvbestemmelse.

Et videre udviklingsarbejde med prototypen og med at integrere kerneelementerne i eksisterende praksis i sociale indsatser kan medvirke til, at interaktionen med borgeren foregår på måder, som fremmer borgerens recovery-proces, bl.a. ved at minimere risikoen for retraumatisering og ved at styrke relationen mellem borger og personale. Implementering af TBT indebærer bl.a., at personalet har en tilstrækkelig viden om traumer og en klar forståelse af, at målgruppen – voksne, som er socialt udsatte – ofte har traumer, og hvad traumer ofte har af konsekvenser.

1 Indledning

1.1 Baggrund for undersøgelsen

Socialstyrelsen finder, at der er behov for nærmere afklaring af, hvorledes man kan understøtte, at praksis på socialområdet i Danmark arbejder systematisk med en traumebevidst tilgang² (TBT).

Socialstyrelsen kan anvende undersøgelsens resultater og prototype i overvejelser i forbindelse med en eventuel videre afprøvning og udvikling af TBT i sociale indsatser til voksne, som er socialt udsatte i Danmark. De, som skal arbejde med prototypen, vil både være socialfagligt personale, som har daglig kontakt med de sårbare og socialt udsatte voksne, ledere samt øvrige medarbejdere.

Målgruppen for den viden og den tilgang, TBT, som undersøgelsen omhandler, er voksne, som er socialt udsatte og bor i Danmark, herunder også grønlændere, som er socialt udsatte og lever i Danmark. Målgruppen lever med forskellige former for social udsathed, som relaterer sig til en eller flere af nedenstående sociale problemstillinger. Det er en sammensat gruppe, som altid bygger mere på individuelle historier/forløb end på en entydig typologi. Det drejer sig om mennesker med en eller flere af følgende problemstillinger:

- Vold i nære relationer
- Senfølger efter seksuelle overgreb i barn- og ungdommen
- Stofmisbrug
- Hjemløshed
- Psykiske sårbarhed
- Prostitution.

Kendetegnende for voksne, som er socialt udsatte er, at mange enten har oplevet traumatiske begivenheder tidligere i livet eller lever et udsat og sårbart liv med traumer som et livsvilkår. Det er dog ikke alle mennesker, som oplever følger af traumer, eller hvor traumer fører til eller øger den sociale udsathed (Uldall et al., 2021). Men flere studier viser, at andelen af mennesker med en

² Trauma-Informed Care (TIC), som er den engelske betegnelse. Internationalt anvendes også andre betegnelser om den specifikke faglige praksis som fx: *Trauma-Informed-Practices*, og inden for socialt arbejde specifikt, *Trauma-Informed-Social Work Practice* (Knight, 2015; Levenson, 2017).

traumehistorik er særligt høj blandt grupper inden for psykiatrien, stofmisbrugsbehandling, hjemløshedsområdet og blandt mennesker, som har oplevet vold i hjemmet og seksuelle overgreb m.fl. (Felitti et al., 1998; Ko et al., 2008; Buhmann & Folke, 2021; Hopper et al., 2010).

Fælles for mennesker, som er socialt udsatte, er endvidere, at de – på forskellig vis og i forskellige grader – har sociale problemstillinger, og at de ofte lever i udsatte sociale positioner og har psykiske vanskeligheder, som gør dem sårbare over for nye traumer og retraumatisering.

At indføre en traumebevidst tilgang i sociale indsatser skal understøtte, at medarbejdere og ledere møder voksne, som er socialt udsatte ud fra en forståelse af, at de fleste borgere med stor sandsynlighed oplever følger af traumer, og med en anerkendelse af, at sådanne traumer har konsekvenser for psyke, handlinger og adfærd. De sociale indsatser, som borgerne møder, kan have en tendens til at fokusere på borgernes umiddelbare og akutte behov og problemstillinger frem for på traumer og historik (Levenson, 2020).

TBT er en værdimæssig tilgang og ikke en metode. Den indebærer, at der på forskellige organisatoriske niveauer sikres, at en organisation søger at undgå retraumatisering ved, at medarbejdere og ledere genkender og forstår traumer og traumereaktioner hos det enkelte menneske, dets pårørende, personale og andre involverede i organisationen.

Således rummer TBT et eksplicit hensyn til borgeren, idet medarbejdere og ledere får ny/styrket viden om borgeren og om betydningen af traumer. Samtidig får personalet styrkede muligheder for at passe på sig selv, og dermed mulighed for at forebygge potentielt traumatiserende hændelser i deres dagligdag. Personalet får gennem TBT også mulighed for at modtage støtte som konsekvens af potentielt traumatiserende hændelser enten i forbindelse med deres arbejde, eller fordi medarbejdere har traumer med fra tidligere, hvorfor der kan være risiko for retraumatisering. Endelig er der i arbejdet med mennesker med mange traumer, risiko for *sekundær traumatisering* af personalet, hvilket er betegnelsen for den følelsesmæssige, fysiske og kognitive belastning, som personalet kan opleve gennem udsættelse for andre menneskers traumer (Figley, 1995). En organisation, der sikrer traumerelateret supervision og støtte til medarbejdere, som interagerer med borgere med traumer, kan reducere hyppigheden og sværhedsgraden af sekundær traumatisk stress hos medarbejdere (fx Bride, 2011).

I denne rapport beskriver vi resultatet af vores undersøgelse, der er en afdækning af viden om socialt udsatte, om TBT og traumer, som vi finder i forskningspublikationer og gennem afdækning af erfaringer fra socialfaglig praksis med udsatte. På dette vidensgrundlag har VIVE formuleret en prototype for en

traumebevidst tilgang, som er målrettet og tilpasset arbejdet med socialt udsatte voksne i Danmark, og således bidrage til at styrke de sociale indsats på måder, så de i højere grad matcher borgerens støttebehov og undgår at re-traumatisere mennesker, som allerede har traumer.

Prototypen indeholder både elementer af organisatorisk karakter, dvs. overordnede ledelsesinitierede tiltag, som har til formål at understøtte udviklingen af en traumebevidst kultur, men også elementer, som vedrører selve den sociale indsats og interaktionen mellem borgere og ansatte.

TBT er oprindeligt udviklet på sundhedsområdet inden for psykiatrien, bl.a. med formål om at reducere brugen af tvang og niveauet af konflikter, men internationalt anvendes det i dag på en række andre områder, herunder på socialområdet (fx krisecentre og på hjemløseområdet), retsområdet og på børne- og undervisningsområdet. I Danmark blev den danske psykiatri introduceret til TBT i 2013³ via Det Nationale "Traume-Bevidst Tilgang" (TBT) Center, der er et virtuelt netværk på psykiatriområdet (Det Nationale TBT-Center, 2020). Psykiatrien er således blevet det første område i Danmark, hvor der systematisk arbejdes med at vurdere, udvikle og afprøve en oversat og dansk tilpasset udgave af TBT. Nærværende undersøgelse sætter imidlertid fokus på TBT på udsatte voksne området, mens en tilsvarende VIVE-undersøgelse har kortlagt viden om TBT på børne- og ungeområdet (Nielsen & Scavenius, 2022).

Vores formulering af en prototype for TBT tager udgangspunkt i og er inspireret af den måde, der arbejdes med TBT på i psykiatrien i Danmark. Socialstyrelsen har således med inspiration fra TBT-centret ønsket at igangsætte et tilsvarende initiativ med det mål at introducere og afprøve TBT i en anden faglig og organisatorisk kontekst, nemlig på det sociale område.

1.2 Formål med undersøgelsen

Projektet har to formål.

Det første formål er at afdække viden om implementering og virkning/effekt af TBT i indsats på socialområdet om traumer hos socialt udsatte og praksisnær såvel som teoretisk viden om arbejdet med socialt udsatte, traumebevidst arbejde samt om barrierer og potentialer for at arbejde med TBT på det sociale område i Danmark. Dette gøres gennem et fokuseret litteraturstudie og kvalitative interview.

³ Hjemmeside: <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatriske-Center-Sct.-Hans/forskning/Nationalt-TBT-Center/Sider/default.aspx>. (06.01 2022)

Projektets andet formål er at udvikle en TBT-prototype, som kan anvendes til at understøtte en proces, hvor sociale indsatser arbejder systematisk med TBT. Prototypen er et bud på en TBT-prototype til dette formål og er baseret på den indsamlede viden, som beskrevet ovenfor.

TBT-prototypen bliver vurderet i forhold til, om den har potentiale til at indgå i et videre udviklingsarbejde i regi af Socialstyrelsen i henhold til strategien for udvikling af sociale indsatser (Socialstyrelsen, 2021a). Vurderingen har således fokuseret på, hvorvidt prototypen er fagligt velbegrundet, realistisk i drift og efterspurgt blandt ledere, fagpersonale og brugere af relevante sociale indsatser og tilbud til udsatte voksne.

Det er målet for Socialstyrelsen, at en færdigudviklet TBT-prototype skal kunne anvendes af kommuner, NGO'er og private tilbud, der leverer sociale indsatser til målgrupper, hvori traumer udgør en væsentlig problemstilling. Denne prototype skal udgøre et vidensbaseret grundlag for en fremtidig videreudvikling og afprøvning af TBT i organisationer, der tilbyder socialfaglige indsatser til udsatte borgere, eksempelvis i forbindelse med socialfaglig rådgivning, socialpædagogisk støtte, bostøtte, ophold på botilbud/boformer, varmemestuer, social stofmisbrugsbehandling eller socialpsykiatrisk indsats, telefonisk rådgivning eller behandlingstilbud, fx til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb samt i kommunal forvaltning, fx i en myndighedsafdeling.

Screeningsprojektets mål er således at undersøge:

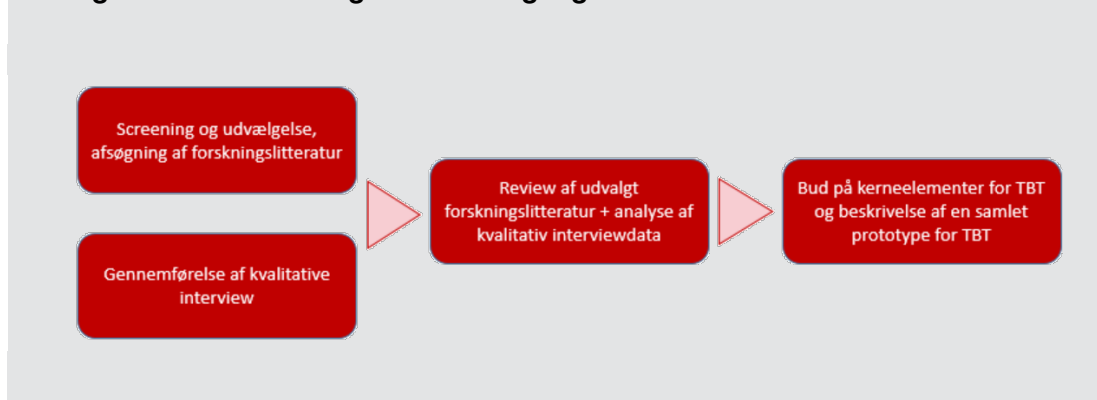
- hvordan eksisterende sociale indsatser i Danmark kan understøttes og styrkes gennem øget systematisk fokus på, viden og bevidsthed om mulige traumer og traumereaktioner blandt voksne, som er socialt udsatte, såvel som ansatte i sociale indsatser?

1.3 Vidensbaggrund

I dette afsnit gør vi kort rede for baggrunden for TBT, herunder den traume-forståelse, som TBT bygger på. I forlængelse heraf beskriver vi et lille udpluk af eksisterende forskningsbaseret viden, der dokumenterer sammenhænge mellem social udsathed og traumer.

Undersøgelsen er bygget op sådan, at vi først har indsamlet relevant viden og dernæst analyseret den og anvendt denne viden som grundlag for at formulere en prototype for TBT. Figuren nedenfor illustrerer undersøgelsens overordnede fremgangsmåde i tre trin.

Figur 1.1 **Undersøgelsens fremgangsmåde**



Undersøgelsen tager udgangspunkt i principper for TBT, som under betegnelsen *Trauma-Informed Approach* er udviklet af *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*⁴ (SAMHSA) i USA (SAMHSA, 2014a). SAMHSA præsenterer hermed en tilgang i en organisation til arbejdet med mennesker, som har (eller muligvis har) traumer.

Trauma-Informed Approach er betegnelsen for den tilgang, som en organisation har, når den er traumebevidst, hvilket forudsætter et arbejde mod at skabe en traumebevidst kultur, fx via organisatoriske forandringstiltag.

Den engelske betegnelse for, hvordan der i en organisation arbejdes med omsorg (care) i en traumebevidst kultur er: *Trauma-Informed Care* (TIC) (SAMHSA, 2014b). Når vi i denne rapport anvender betegnelsen traumebevidst tilgang (TBT), refererer det altså til den engelske betegnelse *Trauma-Informed-Care*, der dækker det, at personale i praksis arbejder efter princip- og værdigrundlaget for TIC. Det er netop dette vidensgrundlag om TBT, som Det Nationale TBT-center i Danmark anvender inden for psykiatrien. Valget af netop disse principper i denne undersøgelse er fastlagt af Socialstyrelsen i selve opdraget for løsningen af opgaven for Socialstyrelsen. Det findes andre principper for TBT, som alle har store indholdsmæssige lighedspunkter til de anvendte SAMHSA-principper.

1.3.1 Princip- og værdigrundlag og SAMHSA

I det følgende beskriver vi det princip- og værdigrundlag, som det beskrives af SAMHSA og i den tidligere forskning, som SAMHSA lægger til grund for udviklingen af TBT (Harris & Fallot, 2001; SAMHSA, 2014a). De tidlige studier,

⁴ Er en del af det amerikanske sundhedsministerium, og hvor både *National Center for Trauma-Informed Care*, NCTIC (2016) og *National Child Traumatic Stress Network*, NCTSN (2007) arbejder indenfor for at styrke og udvikle indsatser i USA med udgangspunkt i fokus på og viden om traumer.

som SAMHSA er inspireret af, er *The Adverse Childhood Experiences (ACE)*, som havde stor gennemslagskraft i forhold til eftertidens opmærksomhed på senfølger efter mistrivsel og traumer i barndommen (Dube et al., 2003; Felitti et al., 1998). Studiet fandt, at godt to tredjedele af voksne havde mindst et traume med fra barndommen, og at 12,5 % havde fire eller flere udviklings-traumer⁵. Betegnelsen ACE inddeler traumer, som følge af: fysisk og følelsesmæssigt misbrug, omsorgssvigt, seksuelt misbrug, stofmisbrug, psykisk sygdom, vold i nære relationer, forældretravæer og kriminalitet. Studiet konkluderede, at jo højere ACE, altså jo flere af disse traumer en person har, jo større er risikoen for bl.a. psykisk sygdom og psykosociale problemer senere i livet.

For at beskrive SAMHSAs forståelse af traumebevidst tilgang, kaldet 'Trauma-Informed Approach', er det centralt at forstå både de fire forudsætninger og afgrænsningen af de seks centrale kerneprincipper (Det Nationale TBT-Center, 2020⁶), som nævnes i nedenstående tabel og beskrives efterfølgende.

Tabel 1.1 SAMHSAs fire forudsætninger og seks principper for TBT

SAMHSAs fire forudsætninger	SAMHSAs seks kerneprincipper
Bevidstgørelse	Tryghed
Genkendelse	Transparens
Evne til at respondere fornuftigt	Peer-støtte
Undgå retraumatisering	Samarbejde og gensidighed
	Ejerskab over sit liv (empowerment)
	Kulturel kontekst

Kilde: (SAMHSA, 2014a)

Ifølge SAMHSA (2014a) forudsætter TBT, at fagpersoner (og andre personer med direkte kontakt til borgere med traumer) har viden om traumer og er bevidste om traumers betydning for borgernes følelser og handlinger. Det er centralt, at fagpersoner anerkender, at traumer ligger til grund for problemskabende adfærd, og at problemskabende adfærd derfor bl.a. kan tolkes som en mestringsstrategi snarere end et problem i sig selv. *Bevidstgørelse* udgør således SAMHSAs første forudsætning for TBT.

⁵ Siden har man fundet, at resultaterne faktisk er underestimerede, da undersøgelsen er baseret på data fra 17.000 forsikringstagere i USA, som har både højere indkomst og uddannelse end totalpopulationen (Larkin et al., 2014).

⁶ Hvor der aktuelt pågår et nationalt arbejde med at implementere TBT i psykiatrien gennem det Nationale TBT-center, som er et formelt netværkssamarbejde mellem brugere/patienter, pårørende, ledelser, klinisk personale og forskere i den danske psykiatri på regionalt niveau (Det Nationale TBT-Center, 2020).

TBTs anden forudsætning handler om, at fagpersoner lærer at *genkende* symptomer på traumer, herunder såkaldte destruktive mestringsstrategier som fx problematisk rusmiddelbrug og 'traume-triggere', som relaterer sig til borgernes historier og oplevelser af eksempelvis seksuelle overgreb under opvæksten.

I sammenhæng med *genkendelse* udgør evnen til at *respondere* fornuftigt på genkendelser af traumesymptomer, SAMHSAs tredje forudsætning for TBT. Det vil sige, at fagpersoners rutiner og fagligt funderede interaktion med borgerne (de arbejdsmæssige procedurer) tager afsæt i viden om borgernes situationer og historier. Det er her vigtigt, at fagpersoner anvender et hensigtsmæssigt sprog og handler tillidsvækkende og tryghedsskabende over for borgere, og så vidt muligt udviser åbenhed og transparens omkring fx sagsbehandlingen, beslutninger, retningslinjer og om procedurer, som er relevante i den specifikke organisation og sammenhæng.

For det fjerde er det ifølge SAMHSA væsentligt at stræbe aktivt efter at *undgå retraumatisering*. Denne forudsætning indebærer bl.a., at potentielt stressende omgivelser og situationer for så vidt muligt ændres til trygge rum og ligeværdig interaktion. Relationsarbejdet rettes mod at skabe tillid og troværdighed i forhold til fagpersonerne og til indsatsen samt at understøtte, at borgerne oplever at være trygge.

SAMHSA (2014a) afgrænser også seks fundamentale kerneprincipper for TBT, der udgør vigtige pejlemærker for TBT og dækker over væsentlige indsatsområder. SAMHSAs seks kerneprincipper består af: 1) tryghed, dvs. både fysisk, psykologisk og følelsesmæssig tryghed, 2) transparens, 3) peer-støtte, 4) samarbejde og gensidighed, 5) ejerskab over sit liv (empowerment, voice & choice) og 6) kulturel kontekst.

SAMHSAs definition af traumebevidst tilgang er tilsyneladende den mest udbredte i den internationale TBT-litteratur, og i kombination med resultaterne fra reviewet og den kvalitative analyse formulerer vi en prototype for TBT med seks kernelementer, som forventes at kunne integreres i eksisterende sociale indsatser. De seks kernelementer svarer ikke til men integrerer de seks kerneprincipper og de fire forudsætninger i SAMHSA i en samlet prototype.

1.3.2 Traumeforståelse og recovery

TBT indeholder ikke et fokus på traumespecifik behandling fx i form af egentlig krisehjælp og behandlingstiltag, som gennem brug af forskellige metoder og interventioner skal reducere traumesymptomer (fx traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi). Derimod dækker TBT over et *mindset* (Steinkopf et al., 2020) eller et *framework* (rammer) (Hopper et al., 2010; SAMHSA, 2014a), som

er forankret i nogle grundlæggende principper og værdier. Disse indebærer fx styrket viden om traumer og traumereaktioner og om, hvad traumer kan betyde for menneskers adfærd, interaktion, trivsel og strategier.

SAMHSA definerer traumer væsentlig bredere end ICD-10⁷, nemlig som *"omsorgssvigt og/eller hændelser eller serie af hændelser, som kan opleves af et individ som fysisk eller psykisk skadelig eller livstruende, og som kan have varig og uheldig indvirkning på individets funktionsevne, adfærd, evne til at lære samt mentale fysiske, sociale, emotionelle eller åndelige velvære"* (SAMHSA 2014a, s. 14). Den mere snævre definitionen af traumer fra ICD-10 benyttes i diagnosticeringen af PTSD, lyder således *"traumet skal være af exceptionelt truende eller katastrofeagtig natur og medføre kraftig påvirkning hos praktisk talt enhver"*. Et traume i ICD-10 hører altså til de mest voldsomme af slagsen, og der er tale om hændelser, som vil give (praktisk talt) alle en meget voldsom reaktion. SAMHSA beskriver altså, at traumer kan være forskelligartede, hvad angår såvel typer af hændelser som konsekvenser.

Traumer refererer generelt set til oplevelser, der skaber følelser af frygt, hjælpeløshed eller rædsel, og som påvirker og overvælder en persons coping-resourcer. Traumatisk stress kan være omfattende og langvarig og forstyrre en persons følelse af sikkerhed, evne til at selvregulere, selvfølelse, oplevelse af kontrol og evne til at mestre udfordringer (self-efficacy) og relationer til andre mennesker. Men mens nogle mennesker får begrænsede symptomer efter traumatiske oplevelser, udvikler andre betydelige og længerevarende psykiske problemer, såsom PTSD eller "kompleks PTSD"⁸.

Definitionen skelner ikke mellem fx akutte traumer og komplekse udviklings-traumer, hvilket bl.a. skal ses i forhold til, at TBT ikke er afhængig af, at der først skal stilles en klinisk psykiatrisk diagnose. I stedet er TBT en tilgang, der kan anvendes over for en hvilken som helst borger – med eller uden traume(r) og uafhængigt af typen af traume. SAMHSA forstår traumer ud fra: 1) *begivenheder* (og omstændigheder), 2) individuelle *oplevelser* og 3) *effekter*. Med *begivenhed* refereres til en *"trussel af fysisk eller psykologisk karakter eller et alvorligt og livstruende svigt af et barn, og det kan være en enkelt begivenhed eller gentagne begivenheder"*. Med *individuelle oplevelser* refereres til, at det er individets oplevelse af begivenheden, der er afgørende for at bestemme, hvornår der er tale om en traumatisk begivenhed, og da mennesker kan opleve samme begivenhed forskelligt, er det afgørende, hvordan begivenheden tilskrives mening af individet og påvirkningen heraf, som er afgørende. *Effekter* handler om, at traumer kan påvirke gennem lang tid, og at disse effekter kan

⁷ WHO's sygdoms-klassifikationssystem: International Statistical Classification of Diseases.

⁸ Kompleks PTSD er en ny diagnose i den kommende ICD-11. Ifølge traumekriteriet i diagnosesystemet ICD-10 skal der være tale om en vis sværhedsgrad i traumet for at kunne diagnosticeres med PTSD, og der skal have været en *"traumatisk begivenhed eller situation af exceptionel truende eller katastrofeagtig natur, som vil medføre kraftig påvirkning hos praktisk talt enhver"* (ICD-10). Selv om det i praksis er vanskeligt at opstille klare kriterier for, hvor stort et traume skal være for at udløse PTSD (Buchmann & Videbech, 2018).

indtræffe umiddelbart efter traumeoplevelsen eller med en vis 'forsinkelse'. Uanset er det ikke altid sådan, at den enkelte person er bevidst om sammenhængen mellem traumat (traumerne) og effekterne heraf (SAMHSA, 2014a, s. 8).

SAMHSA understreger, at målet for TBT i forbindelse med sociale indsatser **ikke** er at diagnosticere eller behandle traumer, men at give borgere nogle rammer, hvor borgernes traumer og deres psykiske og sociale problemstillinger kan adresseres, uden at borgerne oplever retraumatisering. Selve behandlingen af traumer skal ifølge SAMHSA overlades til specialister.

TBT og recovery er ganske nært beslægtede, og det at adressere traumer understøtter da også recovery-processer (SAMHSA, 2014b)⁹. SAMHSA beskriver netop recovery som forandringsprocesser, hvorigennem individer styrker deres sundhed, trivsel, selvbestemmelse og udnytter deres fulde potentiale. I SAMHSAs optik understøttes netop recovery bl.a. gennem at adressere menneskers traumer, og i bredere forstand er følgende større dimensioner i menneskers tilværelse centrale for recovery: 1) sundhed og trivsel, 2) formål, dvs. daglige meningsfulde aktiviteter, 3) hjem og det at have et stabilt og sikkert sted at bo samt 4) at have relationer og sociale netværk der kan give støtte, venskaber, kærlighed og håb. SAMHSA beskriver recovery-forandringsprocessen således:

A process of change through which individuals improve their health and wellness, live a self-directed life, and strive to reach their full potential. (SAMHSA, 2010).

De særligt betydningsfulde dimensioner i recovery handler om forbundethed, håb og optimisme, identitet, mening, mål og empowerment (Leamy et al., 2011)¹⁰. TBT og recovery har altså meget tilfælles i forhold til disse dimensioner, men også i forhold til, at traumer ses som vigtige at forholde sig til og anerkende i enhver form for social støtte og hjælp til mennesker i vejen mod recovery.

Således er TBT altså en tilgang, der ligger i tråd og spiller godt sammen med andre aktuelle recovery-orienterede initiativer på det sociale område, herunder metoder og tilgange, som Socialstyrelsen arbejder med, fx Åben Dialog¹¹ (Seikkula, 2008), Assertive Community Treatment (ACT) (Benjaminsen et al., 2017), CTI¹² (Socialstyrelsen, Housing First (som også indeholder CTI og ACT)

⁹ Jævnfør SAMHSA's 10 guidende principper for recovery: *Hope, Person-Driven, Many Pathways, Holistic, Peer Support, Relational, Culture, Addresses Trauma, Strengths/Responsibility, Respect.*

¹⁰ Connection, Hope, Identity, Meaning and Empowerment (CHIME).

¹¹ Socialstyrelsens beskrivelse: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/Udviklings-og-Investeringsprogrammerne/dokumenterede-metoder-voksne-og-handicap/om/aben-dialog>

¹² Socialstyrelsens beskrivelse af CTI: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/Udviklings-og-Investeringsprogrammerne/dokumenterede-metoder-voksne-og-handicap/om/cti>

(Benjaminsen & Nandrup, 2020), Intensive Case Management (ICM) (Socialstyrelsen & Benjaminsen, 2021) og MOVE (Pedersen et al., 2019), som er en behandlingsmetode til unge med rusmiddelproblemer. Disse konkrete metoder vil kunne bidrage til at fylde TBT ud med nogle konkrete kompetencer og redskaber.

I det følgende beskriver vi et udvalg af eksisterende forskning, som omhandler sammenhæng mellem social udsathed og traumer.

1.3.3 Traumer hos socialt udsatte

Der findes ingen registreringer af traumeforekomsten blandt alle socialt udsatte i Danmark, men forskningen finder det alligevel rimeligt at antage, at cirka halvdelen af den danske befolkning har traumer, og at en væsentlig del af befolkningen har været udsat for en eller flere traumatiske begivenheder (Uldall et al., 2021). Man ved endvidere fra forskningen, at de fleste, som har været udsat for et traume, har været udsat for mere end ét, og at der er forskelle i, hvilke typer traumer mænd og kvinder oplever (Kusmaul et al., 2019). Flere kvinder har været udsat for seksuelle overgreb, voldtægt og misbrug i barndommen, mens flere mænd har været udsat for katastrofer, livstruende ulykker, fysiske overgreb og deltagelse i kamp eller krig (Uldall et al., 2021).

Samtidig ved man fra den tidlige forskning (ACE), at socialt udsatte voksne ofte – og i højere grad end andre dele af befolkningen – har traumer fra barn- og/eller ungdommen (Felitti et al., 1998). Stadig flere studier demonstrerer langtidseffekter af traumer og svære opvækstvilkår, og at andelen af mennesker med en traumehistorik er særligt høj blandt grupper inden for områderne psykiatri, stofmisbrug, hjemløshed, vold i hjemmet, seksuelle overgreb m.fl. (Buhmann & Folke, 2021; Hopper et al., 2010; Ko et al., 2008; SAMHSA, 2014b).

Flere studier har vist, at der er en sammenhæng mellem traumer og hjemløshed, og beskriver, hvordan traumer, såsom psykisk, fysisk og seksuelt misbrug, krigsrelaterede traumer, partnervold, ulykker og katastrofer, kan lede til hjemløshed (Donley & Wright, 2018; Hopper et al., 2010; Tsai et al., 2020). Forskning viser, at mennesker i vedvarende hjemløshed med større sandsynlighed har været udsat for overgreb og misbrug i barndommen, end mennesker, som er hjemløse i en kort og enkeltstående periode (Bassuk et al., 2001 i Hopper et al., 2010). Endelig pointerer flere af studierne, at et liv i hjemløshed i sig selv kan være traumatiserende og lede til nye traumer samt retraumatisering.

Hertil ved man fra forskningen, at socialt udsatte ofte har flere og sammenvævede komplekse problemstillinger såsom samtidigt misbrug, mentale/psykiske problemstillinger og hjemløshed (Drabble et al., 2013; Hopper et al., 2010; Morrissey et al., 2005). Et studie fremhæver eksempelvis, at kvinder med samtidigt misbrug og psykiske udfordringer med stor sandsynlighed har oplevet traumer i form af seksuelt og/eller fysisk misbrug samt har været vidne til vold og/eller oplevet svigt i barndommen (Morrissey et al., 2005). Studiet forklarer kvindernes misbrug og psykiske udfordringer med afsæt i de traumatiske begivenheder, de har været ude for. Et andet studie anfører, at hovedparten af kvinder, som lever i hjemløshed og med psykiske udfordringer, har oplevet fysiske og seksuelle overgreb i barn- og ungdom (Cowal et al., 2002).

Sammenhængen mellem traumer og psykiske problemstillinger er ligeledes blevet undersøgt i flere studier. Det estimeres eksempelvis i et studie (Unick et al., 2019), at 90 %, som er diagnosticeret med en alvorlig psykisk sygdom, og som modtager offentlige ydelser, har været udsat for potentielt traumatiserende oplevelser.

At traumer kan lede til misbrug er en anden velkendt problemstilling, som flere studier har diskuteret (Shier & Turpin, 2017; Kusmaul et al., 2019). Misbrug bliver for nogles vedkommende en form for mestringsstrategi til at dulme følelser og smerte forbundet med tidligere traumer eller et generelt liv i udsathed.

Grønlandere i Danmark har ofte traumer, når de ankommer til Danmark, og en undersøgelse fra 2012 viser, at blandt unge grønlandere i Grønland, har 86 % være udsat for mindst én potentielt traumatiserende oplevelse (Karsberg, 2012). Traumer, som har en kulturel karakter, hvor oplevelse tolkes ind i en kulturel forståelsehorisont, tilføjer en yderligere dimension, fx for borgere med grønlandsk baggrund. Derfor kan der være behov for, at sociale indsatser tilrettelægges, så de tager højde for kulturel og sproglig baggrund (ibid.). Der til kommer, at meget tyder på, at traumatiserende oplevelser også kan være kollektive erfaringer med kulturel undertrykkelse og marginalisering (Matheson et al., 2019).

Generelt er studierne fælles om at konkludere, at mennesker i social udsathed eller med komplekse problemstillinger (ofte) har haft traumatiske oplevelser. Det kan både dreje sig om oplevelser, som knytter sig til de nævnte sociale problemer, men også som konsekvens af at have været i et socialt system eller i andre dele af velfærdssystemet, hvor de ikke har følt sig set, hørt og forstået. Tanken med dette projekt er netop, at det er det samme sociale system, som fremadrettet skal forholde sig traumebevidst til disse mennesker. I samme ombæring konkluderer flere af studierne, at en forudsætning for at kunne hjælpe disse mennesker ud af udsathed eller mod recovery er at adressere, anerkende og tage højde for de (ofte) bagvedliggende traumer.

Socialt udsattes (ofte) rutineprægede adfærdsmønstre og uforudsigelige udfald må med andre ord tolkes ud fra en anerkendelse af borgernes baggrund og tidligere oplevelser. Når professionelle, der arbejder med denne gruppe, har forståelse for borgernes traumer, er der derved potentiale for, at det bliver enklere at tilbyde hjælp og støtte, når der tages højde for borgerens oplevelse af sårbarhed og afmagt (Sullivan et al., 2018).

1.4 Undersøgellesdesign

I undersøgelsen indsamler vi viden om TBT og socialt udsatte. Denne viden indgår dernæst som grundlag for at udvikle en skitse til en TBT-prototype for det sociale område i Danmark.

Undersøgelsesdesign for vidensindsamlingen består af nedenstående to overordnede elementer. En mere detaljeret beskrivelse af undersøgelsesmetoder findes i bilag 1 og i efterfølgende bilag (2-5). Undersøgelses to elementer er:

1. Et fokuseret review af international og dansk forskning om TBT og traumer:
 - a) En afdækning af viden, som undersøger effekter og implementering af at arbejde traumebevidst i faglig praksis med særligt fokus på studier af TBT inden for socialt eller pædagogisk arbejde. Dette for at sikre, at konteksten og målgruppen ligger så tæt som muligt på det, som er defineret i dette projekt.
 - b) En afdækning af viden om sammenhænge mellem traumer og social udsathed med udgangspunkt i identificeret litteratur fra søgningen, der beskrives i pkt. a. Resultatet heraf er formidlet i afsnit 1.3.3.

Denne viden om TBT, som beskrevet i litteraturreviewet, er ikke udtømmende for, hvad der eksisterer af litteratur om TBT i arbejdet med socialt udsatte. Der findes mange publikationer om uddannelse, supervision af personale, implementering af TBT-principper og om kulturforandring, som ikke er inkluderet her, men vi har fundet det, som levede bedst op til de søgekriterier, som vi har opstillet for litteratursøgningen.

2. En afdækning af praksisnær og faglig viden om praksisarbejdet med voksne, som er socialt udsatte, og om traumer og TBT gennem interview med eksperter (danske og internationale), borgere og repræsentanter for målgruppen samt fra praktikere og ledere fra kommunale, private og NGO-baserede indsatser til voksne, som er socialt udsatte.

- a) Fire individuelle interviews og to fokusgruppeinterviews med internationale og danske eksperter (i alt otte personer) med viden relateret til traumer og traumebevidst arbejde. Disse interviews fokuserer helt overvejende på viden om praksisnær viden om anvendelse og implementering af TBT inden for psykiatrien og det sociale voksenområde, herunder om centrale principper i TBT og deres potentielle betydning for praktikeres forståelser af og interaktioner med målgruppen.
- b) Tre individuelle interviews med brugere med mulige traumer om deres erfaringer med at modtage hjælp og støtte fra kommunale, private eller NGO-baserede indsatser, herunder om traumer og om deres umiddelbare tanker omkring TBT, hvilket interviewer fortæller lidt om.
- c) Et fokusgruppeinterview og et individuelt interview med praktikere (i alt fem personer), som har erfaringer og indgående indsigt i målgruppen. Disse interview har overvejende fokus på erfaringer med at støtte socialt udsatte, viden om traumer, om vurderinger af best practice og barrierer og udfordringer i arbejdet med målgruppen.
- d) Tre ledere på sociale tilbud til udsatte og deres vurderinger af muligheder, begrænsninger og opmærksomhedspunkter for at implementere TBT i eksisterende praksis.

Udgangspunktet for undersøgelsen er TBT-principper, som formuleret af SAMHSA, og udgangspunktet for indsamlingen af viden fra forskning og praksis har taget udgangspunkt i disse principper. Således har det været målet at identificere publikationer, som har indeholdt disse eller tilsvarende principper i søgningen, ligesom interviewguides også har været stærkt informeret af SAMHSAs principper og den måde, som TBT heri beskrives.

Vi har udvalgt litteratur til det fokuserede review på baggrund af ca. 80 studier om TBT, som tidligere er identificeret af det danske TBT-center (se Bilag 3) for TBT-centrets kriterier for screeningen). Dertil har vi gennemført en mindre, men målrettet søgning af litteratur. Reviewet informerer udviklingen af interviewguides til den efterfølgende kvalitative afdækning af viden fra eksperter, brugere, videnspersoner og praktikere.

De første interviews med danske og internationale eksperter gav anledning til udarbejdelse af en overordnet prototype. Derefter gennemførtes individuelle interviews med ledere og brugere samt et fokusgruppeinterview med praktikere om TBT i sociale indsatser med det formål at kvalificere den videre udvikling af prototypen og for mulighederne for at implementere TBT-prototypen på det sociale område og om behovet herfor.

Disse to overordnede elementer tilsammen danner baggrunden for det videre arbejde med at udvikle TBT-prototypen, som præsenteres i kapitel 5 I den afsluttende fase i arbejdet med prototypen, blev den vurderet og kommenteret af en bred sammensat faglig følgegruppe bestående af repræsentanter for det sociale område, hvilke bidrog til færdiggørelsen af prototypen og gav input til at vurdere, hvorvidt prototypen er realistisk, efterspurgt og relevant for sociale indsatser og tilbud i Danmark.

I det følgende afsnit beskriver vi, hvorledes vi med dette undersøgelsesdesign har arbejdet med at konstruere prototypen, og hvordan kerneelementer i prototype skal forstås.

1.5 Indkredsning af kerneelementer og udvikling af en prototype

Det har været et ønske fra Socialstyrelsen at udvikle en prototype for arbejdet med TBT-principperne, som er potentielt levedygtig og mulig at arbejde videre med på socialområdet i Danmark. Det har derfor været vigtigt at afdække den eksisterende viden, som bedst muligt kunne kvalificere og inspirere udviklingen af en prototype for TBT. Således er udvikling af prototypen sket i en løbende vekselvirkning mellem studie af litteratur og interview gennem en iterativ udviklingsproces.

En prototype er nærmest definatorisk et innovativt produkt med karakter af en testversion, hvilket også ligger beskrivelsen af en screeningsopgave i Socialstyrelsens *Drejebog for strategi for udvikling af den sociale indsats (SUSI)* (Socialstyrelsen, 2021a). Denne strategi udgør en ramme, som er udviklet med henblik på at 'sikre en vidensbaseret social indsats'. I en vis forstand er en prototype et ufærdig produkt, som skal kunne afprøves i virkeligheden, og hvor der er plads til løbende at revidere, fx i en modningsfase, som i SUSI er fasen efter den første fase, nemlig screeningsfasen.

Prototypen, som vi har konstrueret, er bygget op af seks kerneelementer. I vores arbejde med at indkredse og formulere kerneelementer, som er centrale i en traumebevidst tilgang i socialfaglig praksis, har VIVE både taget udgangspunkt i udvalgte forskningspublikationer og i erfaringer og viden fra praksis med inspiration fra Socialstyrelsens guide om formulering af kerneelementer samt Quinn Pattons definition af principper, og hvad der karakteriserer effektive og funktionelle principper (Patton, 2018; Socialstyrelsen, 2020, 2021b). Af Socialstyrelsens guide fremgår det, at teori, vidensgrundlag, kilder og definitioner, der ligger til grund for indkredsningen af kerneelementer, kan være me-

get forskelligartede, men at man uanset variation kan anvende en fælles systematik for beskrivelsen af kerneelementer. Vi har ved formuleringen af disse kerneelementer arbejdet ud fra denne systematik, som den også fremgår i Tabel 1.2, hvor det fremgår, at det er afgørende, at de enkelte kerneelementer beskrives på flere logisk sammenhængende niveauer. Disse niveauer formidler: 1) Hvad kerneelementet er, 2) hvorfor det kan begrundes fagligt, og 3) hvordan det kan anvendes i praksis.

Tabel 1.2 Socialstyrelsens systematik for beskrivelse af kerneelementer i fire niveauer

Socialstyrelsens systematik for beskrivelse af kerneelementer i fire niveauer	
Hvad	Kerneelement Kort og præcis beskrivelse af funktion eller princip
Hvorfor	Faglig begrundelse Værdier, fagetik, vidensgrundlag, forventede virkninger og resultater
Hvordan	Praksisbeskrivelse Konkretiseret profil af den faglige praksis (kompetencer og metoder)
	Hjælperedskaber Redskaber til efterlevelse af den beskrevne praksis

Kilde: (Socialstyrelsen, 2020, 2021b)

Systematikken, som beskrevet ovenfor, har været udgangspunktet for arbejdet og udviklingen af prototypen (der præsenteres i kapitel 5). Her har vi med udgangspunkt i de værdier og principper, som formuleret af SAMHSA om TBT, og gennem grundig læsning af udvalgte effekt/virknings- samt implementeringsstudier af TBT, udpeget seks kerneelementer, som vi vurderer er relevante og mulige at arbejde med i indførelsen af traumebevidst tilgang på socialområdet.

VIVE afgrænser og beskriver kerneelementerne for TBT som overordnede principper inspireret af en principfokuseret tilgang (Patton, 2018) og Socialstyrelsens systematik for beskrivelse af kerneelementer (Socialstyrelsen, 2020). I sådan en tilgang har principper den funktion, at de informerer og guider praksistiltag og beslutninger ved at angive **retning** for en udvikling (i dette tilfælde: mod indførelse af TBT i faglig praksis) og anviser grundlæggende indholdsmæssige forudsætninger herfor, snarere end at give konkrete handleanvisninger. Centralt for en traumebevidst tilgang er, at den indebærer bestemte perspektiver. Til forskel fra standardiserede tilgange anerkender en principfokuseret tilgang nødvendigheden af en høj grad af lokal tilpasning til den konkrete kontekst, fx i forhold til målgruppe og typen af socialt tilbud, idet den i hvert

tilfælde skal give mening for, anses som værdifuld og brugbar af de aktører, som forventes at arbejde med TBT og tilgangens principper og værdier.

Det er vores vurdering, at en prototype med for mange kerneelementer risikerer at gøre afprøvningen af prototypen til en alt for kompleks opgave for de sociale tilbud, som skal arbejde med den. Det har endvidere været centralt, at SAMHSAs principper har skullet udgøre kernen for prototypen, selvom de har skullet indarbejdes i en prototype, som også indeholder fokusimplementering, målgruppe og kontekst fra viden fra socialområdet i Danmark. Prototypen er derfor på baggrund af den indsamlede viden VIVEs bedste bud på, hvad implementering af principper for TBT i sociale tilbud forudsætter og kræver. Hvis det ønskes, at sociale tilbud skal arbejde med TBT, anbefaler VIVE således denne prototype som udgangspunkt for at udvikle, modne og afprøve TBT i specifikke sociale tilbud. Det er ikke muligt inden for en sådan ramme at give meget præcise handleanvisninger på, hvad sociale tilbud til enhver tid bør og skal gøre, hvorfor prototypen må ses som et vidensinput til et videre modnings- og udviklingsarbejde, som skal give inspiration i en sådan fortsat proces.

I formuleringen af kerneelementerne for prototypen har vi således både prioriteret SAMHSAs seks kerneprincipper og forudsætninger, men har også beskrevet de strukturelle, implementeringsmæssige og målgruppespecifikke forudsætninger for, at TBT kan udfoldes og implementeres i en given organisation både generelt, men også med henblik på at gøre den relevant eller aktuel for en dansk kontekst. Så hvert af SAMHSA-principperne reflekteres i den samlede prototype med et eller flere principper forankret i de enkelte kerneelementer. Principper er således ikke overført direkte *en til en* til hvert af de seks kerneelementer. Vi har prioriteret i prototypen, at nogle af kerneelementerne reflekterer litteraturen om TBT og implementering, da det er væsentligt for at gøre TBT brugbar og relevant for praksis, at sådanne nødvendige faktorer også synliggøres. Udvælgelsen og prioriteringen er således resultatet af VIVEs arbejde og vores bedste bud på en prototype, som ikke indeholder for mange elementer, der gør arbejdet med TBT for komplekst og overkommeligt at starte op, men som samtidig indeholder de essentielle dele for at kunne arbejde med at integrere TBT i eksisterende praksis.

Sammenfattende kan man derfor sige, at mens SAMHSAs principper udgør grundlaget for den forståelse af TBT, som VIVE lægger til grund for prototypen, ligger der i de kerneelementer, som VIVE udpeger og beskriver, også en vurdering af nogle af de kontekstuelle og implementeringsmæssige forudsætninger, der er nødvendige for, at de sociale tilbud har mulighed for at indføre TBT. Disse aspekter er dels afdækket via review af litteratur, dels gennem analyse af de kvalitative interview.

Kerneelementerne, som vi formulerer som principper, har altså alle en eller anden form for dokumenteret eller begrundet og formodet virkning/effekt i forhold til de eksplicite mål, nemlig at sikre de bedst mulige betingelser for implementeringen af TBT i aktuel social faglig praksis Danmark. Dette på baggrund af såvel review af forskningspublikationerne som af vores afdækning af praksiserfaringer og viden via analyse af det kvalitative interviewmateriale.

1.6 Rapportens opbygning

Kapitel

- 2** I kapitel 2 præsenteres et review af international forskningslitteratur af udvalgte studier af TBT på det sociale område om virkning/effekt og implementering.
-
- 3** I kapitel 3 præsenteres den kvalitative praksisbeskrivelse, som er baseret på interview med medarbejdere, brugere/brugerrepræsentanter, eksperter, videnspersoner og ledere.
-
- 4** I kapitel 4 gives en samlet vurdering af prototypen efter videnskriterierne for overgang fra screenings- til modningsfase, som beskrevet i Socialstyrelsens *Drejebog for strategi for udvikling af den sociale indsats* (SUSI).
-
- 5** I kapitel 5 præsenteres TBT-prototypen, som er udviklet på baggrund af det gennemførte litteraturreview og praksisbeskrivelsen og på de grundlæggende principper for TBT, som beskrevet af SAMHSA.
-
- 6** Rapporten afsluttes med kapitel 6, som indeholder undersøgelsens samlede konklusion. I bilagene bagest i rapporten findes en beskrivelse af undersøgelsens metoder sammen med øvrig dokumentation.
-

2 Litteraturreview

I det følgende kapitel sammenfatter vi hovedfundene fra de 16 publikationer, som vi har udvalgt og identificeret som relevante. I Bilag 2 findes en tabeloversigt over disse. Målet med at gennemføre et litteraturreview er at afdække viden om TBT i indsatser til socialt udsatte, både hvad angår effekt og implementering af TBT i sociale indsatser. Resultatet af denne afdækning formidles i dette kapitel.

Primært er vores interesse at finde publikationer, som formidler empiriske studier af TBT i indsatser til socialt udsatte. Hovedparten af publikationerne omhandler alene implementering af TBT og forudsætninger for implementering samt om redskaber til at monitorere, mens et mindre udvalg af studierne (7 stk.) både handler om implementering og effekter af at indføre TBT i specifikke organisationer. Litteratursøgningen viser, at det generelt er begrænset, hvad der findes af viden om effekter af TBT både generelt og på det sociale område.

I det følgende gennemgår vi publikationernes hovedfund enkeltvis, hvorefter vi laver en opsamling med de væsentligste pointer fra litteraturen og tydeliggør, hvilken viden vi lægger til grund for den udviklede og dansktilpassede prototype for TBT på socialområdet.

2.1 Implementering af TBT

I alt har vi udvalgt en række publikationer, der enten direkte eller indirekte beskæftiger sig med implementering af TBT i forskellige organisatoriske kontekster. Fælles for mange af studierne er, at de enten udvikler og/eller afprøver en TBT-model, som typisk er inspireret af SAMHSAs udformning af TBT.

En del af studierne beskriver en række centrale forudsætninger og redskaber, der skal være tilstede i en organisation for at opnå succesfuld implementering af TBT. Vi indleder med at gøre rede for studierne, der indeholder eksplicite implementeringsmodeller, og beskriver i afsnittet efterfølgende de studier, der beskæftiger sig med implementeringsmæssige forudsætninger

2.1.1 Implementeringsmodeller

I et systematisk review af kvantitative peer-reviewed studier og grå litteratur om virkningerne af TBT på hjemløshedssområdet diskuterer Hopper et al. (2010) implementeringsmodeller og guidelines i forhold til implementering af TBT i sociale tilbud på hjemløshedssområdet. Med afsæt i den reviewede litteratur udleder forfatterne, at seks skridt er væsentlige for implementering af en TBT-model. De seks skridt er 1) sørg for, at medarbejdere på alle niveauer af organisationen er med på idéen om TBT, 2) sørg for at udvikle en behovsforankret tilgang i forhold til at identificere udviklingsområder i organisationen, 3) gennemgå organisationens miljø, procedurer og indsatser og revider dem i overensstemmelse med principperne for TBT, 4) udbyd kurser/undervisning om traumer til personale i organisationen, 5) tilbyd vedvarende/tilbagevendende traumebevidst sparring og supervision og 6) tilbyd borgere adgang til traumespecifikke interventioner/behandlinger.

Et andet studie, der beskæftiger sig med implementering af TBT er forfattet af Shier & Turpin (2017). Studiet har tre stofmisbrugsbehandlingscentre i Canada som udgangspunkt for analysen, og udvikler en TBT-model til stofafhængighedsbehandling gennem interview med 41 brugere fra stofmisbrugsbehandlingscentrene. Analysen operationaliserer og konkretiserer de fem TBT-værdier – sikkerhed, tillid, valg, samarbejde og empowerment – ud fra brugernes interviewudsagn og meninger. Af analysen fremgår det, at 'sikkerhed' forstås af brugerne som bl.a. fysisk sikkerhed, fortrolighed, beroligelse, håndhævelse af regler og peer-relationer, mens 'tillid' ifølge brugerne vedrører personale-tilgængelighed, ikke-fordømmende relationer og omsorg. 'Valg' handler om individuelle behov, deltagelse, muligheder og fokus på egen indsats og samarbejde, såsom feedback og planlægning, mens 'empowerment' ifølge brugerne handler om håndtering af triggere, traumebevidsthed og forståelse. Studiet konkluderer, at TBT-modeller både må og skal tilpasses organisatoriske kontekster og målgruppespecifikke behov, og at det er nødvendigt med et fælles praktiske teoretiske udgangspunkt for TBT i sociale indsatser. Ifølge Shier & Turpin kan deres model, herunder operationaliseringen af TBT-værdierne, udgøre et sådant udgangspunkt og inspirere fremadrettet traumebevidst arbejde med målgruppen.

Et kvalitativt studie foretaget af Kusmaul et al. (2019), adresserer udfordringer forbundet med, at TBT er et generisk koncept, der skal tilpasses den individuelle fagkontekst. Via interview med 26 udsatte borgere fra forskellige sociale tilbud i USA, som alle har implementeret TBT, illustrerer Kusmaul et al., at implementeringen tager sig meget forskelligt ud på tværs af de forskellige sociale tilbud. Dette skyldes, at borgere i sociale tilbud forstår og oplever TBT-principperne – sikkerhed, troværdighed, valg, samarbejde og empowerment –

meget forskelligt. Tilmed oplever nogle af borgerne, at principperne, fx sikkerhed og empowerment, kan virke gensidigt udelukkende, betinget af, hvordan de forstår dem. For én borger kan øget fysisk sikkerhed i form af låste døre på et opholdssted om natten skabe tryghed, mens en anden borger kan opleve foranstaltningen som frihedsberøvende og anti-empowering. På den baggrund konkluderer forfatterne, at sociale tilbud i praksis kan have svært ved at implementere samtlige TBT-principper på én og samme tid, og at det er nødvendigt at samarbejde med borgerne om udmøntningen af TBT i praksis.

Drabble et al. (2013) undersøger kvalitativt 12 fagprofessionelles opfattelser af fordele, barrierer og faciliterende faktorer i forbindelse med implementering af en traumebevidst tilgang i en retslig behandlingskontekst for misbrugsbehandling i familien. Med afsæt i de fagprofessionelles udsagn, udleder studiet fire faciliterende faktorer med særlig betydning for implementeringen af en traumebevidst tilgang. De fire faktorer er: 1) Ledere- og "trauma champions", 2) officiel opbakning og tilslutning til uddannelse og opkvalificering af personale samt vedvarende monitorering og diskussion af ændringer i organisationen, 3) støtte fra og brug af 'peers' samt 4) juridisk lederskab, hvor dommeren spiller en rolle over for retten, som forklarer og oplyser denne om traumers effekter på individets forældre. Studiet fremhæver endvidere, at forankringen af en traumebevidst tilgang med fordel kan spredes ud over flere ansatte i en organisation, så vigtige TBT-erfaringer og -kvaliteter ikke går tabt i forbindelse med eventuelle ledelses- eller personaleskift. Endelig betoner studiet vigtigheden af, at TBT og de tilknyttede værdier deles på tværs af kontekster og aktører, da dette understøtter samarbejdet mellem aktører (i dette tilfælde: familieretsindstanser, behandlingsinstitutioner af psykiske og misbrugsrelaterede problemer samt øvrige aktører fra børneområdet), hvorved sårbare familiers behov adresseres bedre.

I tråd hermed beskriver Loomis et al. (2019) udviklingen og implementeringen af en traumebevidst tilgang – "the Trauma-Informed System (TIS) Initiative" – fra San Francisco til at adressere traumer på systemniveau i det offentlige sundhedsvæsen. Seks elementer danner grundlag for den udviklede tilgang: 1) Viden om traumer og stress, 2) Compassion og dependability, 3) sikkerhed og stabilitet, 4) samarbejde og empowerment, 5) kulturel ydmyghed og respons og 6) modstandsdygtighed og recovery. Studiet anskuer uddannelse og opkvalificering af personale som et afgørende første skridt mod en traumebevidst tilgang og peger i den forbindelse på såkaldte 'Train-the-Trainer Programmer', hvor udvalgt, internt personale sendes på eksterne traumekurser (efteruddannelse) med henblik på at skulle undervise og understøtte internt i egen organisation efter endt uddannelsesforløb. Studiet peger endvidere på en række udfordringer ved implementeringen af en traumebevidst tilgang, herunder bl.a.: 1) Tid og ressourcer, fx at det kan være en idé at undgå at gøre sig afhængig af eksterne ressourcer), 2) konkurrerende prioriteringer og behov gør sig (ofte) gældende i en organisation, hvilket nødvendiggør fokus på

bæredygtighed af TBT i organisationshierarkiet, fx gennem en ledelse samt 3) etablering af et kulturforanderende og -opbyggende samarbejde er en langvarig proces, som bl.a. ledelsen skal prioritere og implementere i organisationens DNA.

Som led i den stigende udvikling og udbredelse af TBT (herunder implementeringsmodeller) i forskellige nationale og organisatoriske kontekster har nye validerings- og måleredskaber også set dagens lys. Bassuk et al. (2017) udvikler eksempelvis valideringsredskabet "TICOMETER" til at måle en organisations niveau af TBT, set ud fra medarbejderne i organisationens perspektiv. Med afsæt i surveydata fra 424 medarbejdere fra 68 forskellige organisationer/sociale tilbud i USA målrettet udsatte eller sårbare voksne er TICOMETERET udviklet. Valideringsredskabet måler en organisations niveau af TBT ud fra fem domæner: 1) Træning og uddannelse, 2) tillidsfulde relationer, 3) et trygt miljø, 4) organisering og 5) fremdrift af og med TBT. Tanken med valideringsredskabet er, at det skal understøtte organisationers implementering af TBT ved at måle medarbejderes oplevelse af, hvorvidt og i hvilken grad organisationen er traumebevidst. TICOMETERET er udgjort af en række spørgsmål – hvert domæne indeholder 35 spørgsmål – som organisationens medarbejdere skal besvare, og på baggrund af den endelige score, der gives efter endt besvarelse, kan organisationen identificere, hvilke(t) område(er), der skal styrkes, for at organisationen kan blive mere traumebevidst.

I det følgende gennemgår vi de udvalgte publikationer, der beskæftiger sig med implementering af TBT, herunder organisatoriske forudsætninger samt virksomme redskaber til at monitorere og understøtte udviklingen.

2.1.2 Implementeringsmæssige forudsætninger

Flere studier finder, at succesfuld og bæredygtig implementering af TBT i en organisation forudsætter uddannet og motiveret personale og ledelse (SAMHSA, 2014b).

Et kvantitativt studie fra USA (Sundborg, 2019) finder eksempelvis, at der er direkte sammenhæng mellem viden om TBT og/eller traumer og personalegruppers tilslutning til TBT. I studiet operationaliseres 'viden' til de tre variable: 1) Medarbejder- og ledelsesmæssig opbakning, 2) mestringsevne og 3) overbevisning om TBT, som bl.a. handler om, om personalet tror på, at traumer findes, og på, at disse påvirker hjerneprocesser og adfærd, og at det at have berøring med indsatser faktisk kan retraumatisere borgere/brugere og personale. Med afsæt i surveydata fra 118 medarbejdere fra forskellige sociale indsatser i USA, der nyligt har modtaget undervisning i TBT, konkluderer studiet, at samtlige tre variable – medarbejder- og ledelsesmæssig opbakning, mestringsevne,

overbevisning om TBT – påvirker medarbejdernes tilslutning til TBT. Studiet anbefaler afslutningsvist, at vidensopbygning og/eller uddannelse og opkvalificering af personalegrupper bør udgøre det første step i en organisations implementering af TBT.

Tilsvarende finder et kvantitativt studie foretaget af Unick et al. (2019), at viden om traumer og viden om konsekvenser af traumer er afgørende i en personalegruppe for at opnå succesfuld implementering af TBT i en organisation. Studiet finder endvidere, at der er positive effekter ved at sende personale på kurser i TBT, og at forudsætningerne for en effektiv implementering af TBT i en organisation er bedst inden for de første 6 måneder efter personalets endte uddannelsesforløb, idet personalets tilslutning til TBT herefter daler. På den baggrund konkluderer studiet, at tilbagevendende og vedvarende uddannelse og/eller opkvalificering af personale er en forudsætning for bæredygtig implementering af TBT.

Et kvalitativt studie foretaget af Isobel et al. (2017) undersøger implementering af TBT på et akutpsykiatrisk afsnit på et hospital i Sydney, Australien, og finder i tråd med ovenstående studier, at personalet (i dette tilfælde sygeplejersker) og dets motivation for forandring er afgørende for implementeringen af TBT. Generelt viser studiet, at personalet er overordnet positive over for indførelsen af TBT på afsnittet, men at et fåtal af personalet er skeptiske eller har modstand mod de forandringer, som implementeringen medfører. Studiet forklarer personalets modstand med manglende eller for lidt inddragelse i implementeringsprocessen og konkluderer endelig, at personaleinddragelse og -samarbejde er nøglen til vellykket implementering.

I tråd hermed peger et kvalitativt studie (Elwyn et al., 2017) af implementeringspraksisser og -udfordringer – relateret til den traumebevidste model "The Sanctuary Model" – på en sikret ungdomsinstitution for piger i Pennsylvania, USA, på, at personaleinvolvering og ledelsesmæssig vedholdenhed er afgørende for succesfuld implementering. Med afsæt i interviews med 17 ansatte på institutionen (herunder også ledelsen) og 2 år inde i implementeringsforløbet af den traumebevidste model, dokumenterer studiet, at manglende ledelsesmæssig styring skaber usikkerheder, modstand og personaleflugt i medarbejdergruppen. Som supplement til at uddanne og opkvalificere personalet, for herigennem at sikre deres motivation og forståelse for indførelsen af den traumebevidste model, prioriterer ledelsen en langvarig personalerekruttering- og selektionsproces for at opnå de fornødne kvalifikationer i medarbejdergruppen. Studiet konkluderer, at en dobbeltsiddet strategi rettet mod personalegruppen – uddannelse af eksisterende personale såvel som rekruttering af nyt kvalificeret personale – samt ledelsesmæssig styring er forudsætninger for succesfuld implementering.

2.1.3 Effekter af implementering af TBT

På baggrund af litteratursøgningen er syv studier om effekter – i bred forstand – af at indføre TBT blevet identificeret og udvalgt. Studierne er ikke alene effektstudier, men beskæftiger sig i varierende grad også med implementerings-spørgsmål (Elwyn et al., 2017; Hodgdon et al., 2013; Hopper et al., 2010; Kusmaul et al., 2019; Mantler & Wolfe, 2018; Morrissey et al., 2005; Sullivan et al., 2018).

Ét af disse studier er forfattet af Elwyn et al. (2017), som finder en række positive forandringer ved implementeringen af den traumebevidste model – "The Sanctuary model" – på en sikret ungdomsinstitution for piger i USA. Studiet fremhæver positive effekter både i forhold til institutionen, personalet og brugerne af institutionen. Mindre traumatiserende praksisser såsom reduktion i brug af tvang, styrket fysisk og psykisk sikkerhed, nedgang i stressniveau blandt personale og brugere, forbedrede arbejdsfællesskab(er), samarbejde og kommunikation internt i personalegruppen samt på tværs af personale og brugere er nogle af de effekter, studiet identificerer og forklarer med indførelsen af den traumebevidste model.

Et andet studie af Hopper et al. (2010) undersøger effekterne af – og hvorvidt der er forskningsbaseret evidens for – at TBT er virksom på hjemløshedsområdet. Studiet, som er et systematisk review af kvantitative og kvalitative peer-reviewed studier, finder en lang række positive og forskningsbaserede effekter af at arbejde traumebevidst på hjemløshedsområdet. Studiet dokumenterer bl.a., at TBT i kombination med traumespecifikke indsatser/behandlinger leder til fald i traumesymptomer og misbrug hos målgruppen, og at integrerede støttesystemer spiller en afgørende rolle i den forbindelse. Studiet udleder endvidere, at TBT leder til fald i brug af krisebaserede indsatser såsom akutindlæggelser, at TBT har positive effekter på boligstabilitet, og at traumebevidste tilbud er omkostningseffektive. Endelig finder studiet, at både personale og brugere af hjemløserelaterede tilbud giver udtryk for bedre tilstande i organisationerne/tilbuddene som følge af implementeringen. Styrket mestringsevne hos målgruppen, medarbejdermorale hos personalet samt dialog og samarbejde mellem personale og målgruppe er nogle af de positive effekter af at arbejde med TBT. Også fald i negative og/eller farlige episoder og styrket oplevelse af fysisk og følelsesmæssig tryghed fremhæves som resultater af TBT på hjemløshedsområdet.

Et tredje studie viser, at beboere på traumebevidste krisecentre oplever styrkelse af mestringsevne og sikkerhedsrelateret empowerment efter at have tilbragt op til 30 dage på det pågældende krisecenter (Sullivan et al., 2018). Dette evalueringsstudie er gennemført via survey-metode på fire forskellige

krisecentre, og resultatet hviler på beboernes egne opfattelser af denne relation. Studiet finder endvidere, at beboerne oplever en nedgang af depressive symptomer, som dog ikke vurderes at have direkte forbindelse til TBT.

I tråd hermed finder et fjerde og interviewbaseret studie fra Canada, at TBT-baserede (og integrerede) indsatser til kvinder udsat for partnervold og/eller traumer skaber bedre tværgående samarbejder og partnerskaber samt styrker navigationen mellem de forskellige centrale aktører (Mantler & Wolfe, 2018).

Et femte studie forfattet af Hodgdon (2013) viser positive, dog præliminære, resultater af at indføre TBT målt på traumerelaterede symptomer (målt på UCLA PTSD Reaction Index og Child Behavior Checklist (CBCL) hos komplekst traumatiserede og/eller udsatte unge på en misbrugsbehandlingsinstitution. Studiet identificerer en nedgang i disse symptomer hos unge, som befinder sig på en misbrugsbehandlingsinstitutionen, der anvender en traumebevidst ramme (ARC, "Attachment, Regulation and Competency") i behandlingsprogrammerne. Studiet fandt bl.a. også nedgang i aggressiv adfærd og i brug af fysisk tvang, regelovertrædende adfærd og depression, hvilket studiet forklarer som et resultat af, at personalet havde fået nye måder at tolke og handle på de unges adfærd.

En sjette og kvantitativ undersøgelse (Morrisey et al., 2005) af effekterne af at modtage traumebevidst og brugerinddragende behandling i forhold til samtidigt misbrug og psykisk sygdom hos kvinder finder, at kvinderne, som har været i behandling i over 12 måneder, oplever en signifikant reduktion i deres psykiske mistrivsel og traumesymptomer som følge af indsatsen. Studiet identificerer dog ikke nogen nedgang i omfanget af misbrug. Studiet konkluderer på den baggrund, at kvinder med komplekse problemstillinger, herunder vold og traumer, kan have gavn af modtage integrerede indsatser, som er TBT-baserede.

Det sidste og syvende studie (Kusmaul et al., 2019) undersøger, hvordan socialt udsatte oplever TBT-baserede sociale indsatser og implementeringsudfordringer i forhold de fem oprindelige TBT-kernebegreber udviklet af Harris og Fallot (2001): sikkerhed, troværdighed, valg, samarbejde og empowerment. Studiet finder, at arbejdet med disse TBT-begreber er en kompleks opgave for sociale tilbud, og at det kan være vanskeligt at implementere samtlige begreber på én og samme tid. Det skyldes, at flere af kernebegreberne i praksis, fx sikkerhed og empowerment kan virke gensidigt udelukkende for borgere i sociale tilbud, betinget af, hvordan borgerne forstår principperne, men også i de tilfælde, hvor der opstår konflikter mellem borgere.

2.2 Opsamling

I alt er 16 studier om effekter og/eller implementering af TBT i specifikke organisatoriske og nationale kontekster blevet reviewet. Overordnet indikerer studierne om effekter af traumebevidste indsatser på socialområdet eller til udsatte voksne, at effekterne er både mangeartede og positive for såvel borgere som ansatte i de pågældende indsatser. Resultater som reduktion i tvang, traumesymptomer, misbrug, depression, akutindlæggelser, regelovertrædende adfærd og farlige episoder hos målgruppen af socialt udsatte voksne fremhæves i studierne som enten afledte eller direkte effekter af implementering af TBT i de sociale tilbud og indsatser. Også resultater i form af styrket fysisk, psykologisk og følelsesmæssig tryghed og sikkerhed, mestringsevne, samarbejde mellem borgere og personale, dialog og arbejdsglæde/-morale opleves af såvel borgere som ansatte i sociale tilbud som positive effekter af TBT. I forlængelse heraf er det centralt at understrege, at de mange positive effekter af TBT ikke kan generaliseres 1:1 til samtlige grupper af eller tilbud til udsatte borgere, og at studierne resultater skal ses i deres respektive organisatoriske og nationale kontekst(er).

Hvad angår studierne om implementering af TBT, fremgår det af litteraturen, at flere modeller for og redskaber til implementering og monitorering er i spil. Studierne peger overordnet på, at den praktiske implementering må ske i et samarbejde mellem borgere, personale og ledelse. En virksom implementering forudsætter endvidere, at personale og ledelse modtager relevant uddannelse og opkvalificering i traumer og traumers betydning for udsathed, og at fortløbende uddannelse og evt. supervision følger herefter. Endelig fremgår det af litteraturen, at organisatorisk forandring er en langvarig proces, der skal understøttes, prioriteres og forankres i ledelsesregi – gerne i nedskrevne politikker og procedurer.

3 Praksisbeskrivelse af TBT i Danmark

I dette kapitel beskriver vi de særlige omstændigheder for fortsat at udvikle TBT i eksisterende sociale indsatser i Danmark. Analysen bygger på kvalitative interviews og fokusgruppe med relevante borgere, fagpersoner, eksperter og repræsentanter for interesseorganisationer. Vi fokuserer på fire områder, som hver især dækker over viden, udviklingsmuligheder og særlige forudsætninger for at arbejde videre med udvikling og implementering af TBT. De fire områder er:

1. Målgruppen
2. Fagpersoner
3. Det pædagogiske og socialfaglige arbejde
4. Organisering.

Analysen er udarbejdet ved at tage udgangspunkt i målgruppen og redegøre for målgruppens komplekse støttebehov. Det faglige personale, men også den del af personalegruppen, som varetager andre opgaver (fx køkken- og rengøringspersonale), er sammen med det pædagogiske og socialfaglige arbejde nødvendige for de sociale indsatser, som tilbydes borgere med traumer. Derfor er både personalet og det pædagogiske og socialfaglige arbejde særligt relevante for TBT. Endelig dækker alle sociale tilbud over forskellige former for arbejde, viden, samarbejde osv., som fordrer organisering. Organisering er det fjerde område, som vi beskriver, og denne beskrivelse bygger på en antagelse om, at organisering primært er et ledelsesmæssigt ansvarsområde.

Analysen fokuserer således på, hvordan personalet (2) via organisering (4) af arbejdet (3) bedst muligt kan støtte borgere med traumer (1).

3.1 Traumebevidst tilgang i Danmark

Samtlige interviewpersoner bakker op om behovet for at bruge en traumebevidst tilgang i den daglige kontakt til borgere med sociale problematikker. Videre udvikling af personalets viden om traumebevidste tilgange møder også bred opbakning, ofte i sammenhæng med igangværende praksis på eksisterende sociale tilbud. SAMHSA-principperne fremhæves som væsentlige, og

der er bred enighed om, at de med fordel kan anvendes af alle medarbejdere, som har kontakt med målgruppen.

Som nævnt vurderer vi på baggrund af det kvalitative datamateriale, at en fortsat udvikling af TBT på sociale tilbud i Danmark dækker over forskellige områder: Personalet, som via rådgivning, støtte eller behandlingsindsatser har daglig kontakt med borgerne (ofte beskrevet *frontpersonalet*) udgør et centralt område med særlige opmærksomhedspunkter bl.a. på potentielle traumer hos personalet og på personalets sikkerhed. Selve den praktiske udførelse af personalets arbejde (nogle steder omtalt som *serviceniveauet*) er tilsvarende vigtig, og da den dækker over forskellige faglige områder, lægger dette område potentielt op til at udbrede TBT til personalegrupper, som ikke indgår i frontpersonalet – fx køkkenpersonale og viceværter.

I forhold til udførerdelen af det sociale arbejde, men også generelt for alle personalegrupper på sociale tilbud i Danmark, er det væsentligt at sondre mellem traumebevidst *tilgang* (TBT) og specifikke behandlinger, kliniske interventioner og terapeutiske metoder (benævnt 'Traume Specifik Tilgang' i Tabel 3.1 fra Det Nationale TBT Center i Danmark nedenfor). I praksis kan alle ansatte, frivillige og ledere anlægge en traumabevidst tilgang, både når de færdes sammen med borgere med traumer, og i særdeleshed, når de aktivt interagerer med borgerne. Men det er udelukkende personalegrupper med relevante uddannelser, som kan tilbyde fagligt funderet behandling.

Tabel 3.1 TBT vs. Traumespecifik Tilgang

Traume Bevidst Tilgang (TBT)	Traume Specifik Tilgang
Kan og bør integreres på alle niveauer i organisationen.	Kliniske interventioner designet til at behandle reaktioner og bearbejde traumatiske begivenheder på.
Anvendes over for alle, uanset om personen er kendt for at have oplevet traume.	Anvendes over for den enkelte person, der har anerkendt at have oplevet traumer og har givet informeret samtykke til deltagelse i de traumespecifikke interventioner.
Generel screening tilbydes alle og medvirker til at identificere, om den enkelte har oplevet traumer. Oplysningerne anvendes til at øge patientens personlige tryk og sikkerhed.	Specifik screening anvendes til at lære om den enkeltes oplevelser med traumer og for at hjælpe vedkommende til at indkredse den traumespecifikke intervention, der passer til vedkommendes behov.
Fokus er ikke på de traumatiske begivenheder. Behandleren forsøger ikke at afdække eller udforske detaljer om traumer.	Behandleren kan gå ind i detaljer om den traumatiske begivenhed med den enkelte og sikre, at arbejdet foregår på en måde for den enkelte, så vedkommende er tryk.

Kilde: (Det Nationale TBT-Center, 2020)

Organisering lokalt på de sociale tilbud fremstår som et nødvendigt område i forhold til at sikre en konsistent udbredelse og anvendelse af TBT. Løbende supervision af personalet, mulighed for akut individuel supervision samt dialog både om eventuelle særlige behov hos bestemte borgere og om oplevelser og erfaringer med TBT i personalegruppen er vigtige opmærksomhedspunkter for organiseringen af TBT.

Endelig består målgruppen for traumebevidste tilgange af borgere, som udgør et særligt område i sig selv. Borgere med sociale problemstillinger, som fx modtager støtte ud fra serviceloven og/eller opholder sig på varmestuer eller er brugere af andre NGO-tilbud, dækker over mange forskellige typer mennesker. Som beskrevet tidligere i rapporten, fokuserer denne undersøgelse på borgere med sociale problemstillinger, som ofte lever med social udsathed i hverdagen. Denne målgruppe indeholder borgere med ubehandlede lidelser og med forskellige former for adfærdsudfordringer og kognitive udfordringer. Mange borgere har voldsomme historier fra opvæksten med som personlig bagage, de lever ofte i udsatte sociale positioner, utrygt og med høj risiko for overgreb. Nogle lever med behandlingskrævende stofmisbrug eller kender til stofmisbrug enten fra sig selv eller nære relationer. Og mange lever med traumer som et livsvilkår, der afhængigt af konkrete sociale omstændigheder, kan være vanskeligt at håndtere.

3.2 Kvalitativ beskrivelse 1: viden om målgruppens traumer

Traumer er alt fra enkeltstående begivenheder (...) til en hel opvækstfamilie, der er skadelig i sin grundsubstans. Der bliver overskredet grænser konstant, du bliver udskammet, når du ikke makker ret, så du begynder at makke ret, selvom du hader det. Alt muligt. Det er farligt. Livet er farligt. Det er det, du vokser op med lige, da du bliver født, måske endda fra før du bliver født. Livet er farligt. (Borger med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen)

Overordnet set fremhæver både borgere, fagpersoner og eksperter, at traumer risikerer at beskadige borgernes muligheder for at opnå effektiv social indsats og behandling uafhængigt af årsagerne til traumernes opståen. Mens nogle eksperter kan fremhæve forskellige teoretiske opmærksomhedspunkter i forhold til en gyldig og universel definition på 'traume', understreger en psykiater, at "det væsentligste er, at man ikke kommer til at blive alt for ophængt på definitioner, for så kommer man til potentielt at afvise folk, som oplever noget som et traume, og det er ikke hjælpsomt, hvis man skal være traumebevidst." Samtidig er der bred enighed blandt praktikere om, at langt de fleste

borgere på døgninstitutioner, i social stofmisbrugsbehandling og på herberger har traumer. En socialrådgiver i en fokusgruppe fortæller:

På den socialpsykiatriske døgninstitution, som jeg arbejdede på, lavede vi en undersøgelse om brugernes traumer. Vi fandt ud af, at samtlige brugere på nær to, som havde henholdsvis hovedtraume og syfilis, havde haft en svær traumatiseret opvækst med seksuelt misbrug, alkohol, hash og helt generelt bare massive omsorgssvigt. Vi konkluderede, at selvom det ikke er alle, som har været udsat for en svær traumatisk opvækst, der udvikler en form for psykisk lidelse, så er det meget bemærkelsesværdigt, at samtlige af dem, der var på den her døgninstitution, minus de to, havde en svær traumatiseret barndom. (Fokusgruppe, fagpersoner)

Traumer har betydning for mange forskellige områder af borgernes hverdagsliv, inklusive den del af hverdagen, som berammes af interaktion med kommunale og andre velfærdsstatslige aktører.

Eksempelvis beskriver en psykiater, hvordan retraumatisering kan fremprovokeres af at "være knyttet ind i en kommunal beskæftigelsesindsats". Denne ekspert fremhæver, at sagsbehandlere er underlagt en lovramme, som kort fortalt har fokus på "at få flest muligt i job", men som ikke indebærer en forståelse for, at borgernes potentielle traumer kan gøre, at de i visse situationer kan medføre retraumatisering for borgeren. Berøring med 'systemet' kan, ifølge denne psykiater, altså være traumatiserende i sig selv, hvilket er vigtigt at være opmærksom på.

Det er ifølge en socialrådgiver, som deltog i en fokusgruppe, nødvendigt, at de professionelle, som møder borgere med traumer, "forstår, at oplevelser, der minder om de oplevelser, som ligger til grund for traumet, kan aktivere det samme kompleks af magtesløshed, offerrolle, skyld og skam". Når borgere reagerer med en "traumereaktion" er det ifølge den samme interviewperson nødvendigt for den professionelle, at hun eller han kan bruge "den meget brede TBT-tilgang til at rumme borgerne og ikke afvise deres oplevelser".



Upersonlige traumer er traumer, som skyldes katastrofer, fødsler der går galt, den form for traumer. Personlige traumer er, hvis du går ned i byen og bliver slået ned, du bliver voldtaget (...), du bliver rædselsslagen (...). Det er der, hvor der er et menneske involveret, men hvor traumet skyldes en enkeltstående handling. Tilknæytningstraumer, som vi også kalder komplekse traumer eller udviklingstraumer, er traumer, som (...) påføres som del af din udvikling, eventuelt af dine primære omsorgspersoner under opvæksten, eller som gentagne traumer i voksen- eller ungdomslivet.

Ekspert
Psykiater

En psykolog peger i forlængelse heraf på, at med TBT indført på det sociale område, vil det blive lettere at få øje på de steder i praksis, som har et tvangsaspekt på det sociale område. og som ligner eksemplet fra beskæftigelsesområdet:

Det hænger jo sammen i forhold til det her med, at det handler om at forstå den udsatte borger, man arbejder med, og så er det jo det her, hvad er tvangsaspektet af det? Er det at tvangsfjerne nogens børn? At tvinge dem ind på et arbejdsmarked, som de ikke kan magte? Er det at tvinge dem i egen bolig? Så der er jo tit en eller anden form for tvangsaspekt. Det er jo noget, vi rigtig gerne vil undgå og forsøger at bilde os ind, at vi ikke bruger så meget af socialindsatsen i Danmark, men så ligger der jo en eller anden frivillig tvang alligevel i mange sociale indsatser, fordi mange er bange for, hvis de ikke følger systemet, så kan det få konsekvenser. Og det er jo netop også ved at implementere en mere traumebevidst tilgang, jamen udsatte familier, familier med udsatte børn – tilgangen til at forstå, hvorfor kan forældre have svært ved at løfte opgaven med at være forældre. At blive mødt med den forståelse i forhold til et udviklingspotentiale frem for en "Nu holder vi øje med jer i forhold til, om vi tager jeres børn", altså så jeg synes jo godt, at man kan perspektivere over i den måde, at det ikke kun handler om at tvangsmedicinere eller tvangsindlægge nogle i psykiatrien. (Ekspert, psykolog)

Lovgivning og kommunal praksis udgør et *institutionelt plan*, som ifølge eksperterne oven for kan øge risikoen for retraumatisering, og derfor er der ifølge socialrådgiveren oven for behov for at udbrede TBT så bredt som muligt, så at borgeren altid mødes med forståelse i mødet med fx sociale og beskæftigelsesmæssige indsatser.

Retraumatisering kan også ifølge deltagerne i en fokusgruppe med fagpersoner foregå på mikroniveau og være indlejret i hverdagen, fx blandt mennesker i prostitution, som ofte (re-)traumatiseres som følge af deres forsøg på at tjene penge. En socialrådgiver på et dagtilbud til kvinder med stofmisbrug, som sælger sex, forklarer vilkårene for mennesker i prostitution på den her måde:

Vi ser også voldtægt som en del af hverdagslivet. Dét, der er så forfærdeligt, er jo ikke, at de sælger sex, men at kvinderne har gennemlevet en forråelse, som medfører, at de ser overgreb og vold som vilkår for det liv, de lever. De lever med traumer og bliver påført traumer hver eneste dag. Nogle har dybe traumer, når de kommer her, og de traumer bliver jo ikke mindre af, at de gennemlever overgreb nærmest på daglig basis. (Fokusgruppe, fagpersoner)

For kvinder, som dagligt sælger sex og samtidig lever med stofmisbrug, kan de *"mestringsevner, som de har udviklet for at cope med smerten være destruktive"*, argumenterer socialrådgiveren i fokusgruppen og fortsætter:

Kvinderne kan opleve at have behov for 15 til 20 fix om dagen simpelthen for at lukke ned for de tanker, som de ikke kan håndtere, og som både fylder deres hoved op med uro og deres krop med afsky. Men vi ser, at de hver dag bliver påført ny smerte, altså nye traumer hver dag, som ifølge kvinderne selv konstant genopliver noget af det gamle traume, som de har med for eksempel fra barndommen. På den måde bliver deres hverdagsliv og sexsalg endnu mere traumatiserende, og så er det, at de ender med at cope på en selvdestruktiv måde, selvom de jo også er meget stærke og i stand til at overleve under meget vanskelige vilkår. (Fokusgruppe, fagpersoner)

En borger med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen, som i voksenalivet både har oplevet kritiske situationer med sin samlever (som levede med stofmisbrug) og med sig selv, forklarer, at hun som barn, mens overgrebene stod på, lærte at lave en *"virkelighedsforvrængelse"*. Hun internaliserede overgrebet som en del af sig selv, men på en sådan måde, at hun tolkede sine egne følelser som forkerte – frem for overgrebsmændenes handlinger og tvang. Hun beskriver det sådan: *"I mange, mange år oplevede jeg det sådan,*

at det er mig, der er forkert; det er mig, der skal skamme sig; det er mig, der er ond. Det onde, der bliver gjort imod mig, er mig selv".

Sammenhængen mellem seksuelle overgreb og den psykiske fornedrelse, som overgrebene påfører ofrene, udgør en central problemstilling i forhold til at forstå traumer og deres betydning for borgere med socialt udsathed og ofte også med komplekse psykiske og sociale problemstillinger. *"Når du sælger sex, er risikoen for voldtægt meget reel, og du udsættes konstant for grænseoverskridende adfærd, og du taber din selvbestemmelse"*, understreger en pædagogisk medarbejder på et stofmisbrugsbehandlingstilbud i en mellemstor provinsby, hvor kvindelige brugere ofte, men ikke altid, overlever ved at sælge sex.

I fokusgruppen med praktikere beskriver en af praktikerne denne vanskeligt tilgængelige sammenhæng bl.a. som en *"sammenhæng mellem at have været udsat for en hændelse og så på en eller anden måde repetere hændelsen i en form for – i citationstegn – 'destruktiv' livsførelse, som samtidig også er en mestrings og en overlevelse"*.

En socialpædagog fra et stofmisbrugsbehandlingstilbud i en storby, som også deltog i fokusgruppen, forstår sammenhængen mellem at blive udsat for overgreb og overleve ved at sælge sig selv som en betydelig udfordring for mennesker i prostitutions muligheder for at komme ud af prostitution og stofmisbrug:

Jeg ser det som en rigtig stor barriere, når overgrebet bliver kvindernes eget narrativ. De identificerer sig rigtig meget med de her traumer og fortællingen om dem selv som ofre for overgreb. Det narrativ kan godt gøre det vanskeligt at få øje på alle de ressourcer, som de i virkeligheden besidder. (Fokusgruppe, fagpersoner)

Ifølge en medarbejder på et krisecenter for kvinder spænder en daglig risiko for overgreb og et gentagende tab af selvbestemmelse ofte ben for, at mennesker i prostitution med komplekse problemstillinger *"kan få den ro i deres liv, som de gerne vil have"*. Nogle af kvinderne har ansvar for børn, og derfor er der ifølge en medarbejder et *"betydeligt behov for at forstå deres traumer som tilbagevendende udviklings- og tilknytningstraumer – ikke kun som enkeltstående hændelser, men simpelthen som et livslangt traume"*.

Således fremstår traumer som en vedvarende udfordring for relationsarbejdet mellem borgere og professionelle, og uanset om traumerne skyldes seksuelle overgreb i barndommen eller andre tilknytning- og/eller udviklingstraumer,

udgør de en konstant barriere for borgernes muligheder for at indgå i sociale relationer og etablere tryghed i hverdagen.

3.3 Kvalitativ beskrivelse 2: fagpersoner

Grundlæggende har vi brug for to modeller for TBT: En lille model, som man burde indføre på samtlige hospitaler og kommuner, og hvad der ellers findes af borgerrettede steder. Her er man nødt til at forstå de grundlæggende ting om traumereaktioner, og man er også nødt til at vide, hvor mange mennesker der er traumatiserede, forstå noget om magtulighed, og nogle af de her ting, så som hvilken stol borgeren helst vil sidde på og så videre. Det synes jeg, at man skulle gøre på alle borgerrettede tilbud. Og så skulle man have en mere omfattende model til steder for socialt udsatte og i psykiatrien, og andre steder, hvor udsatte brugere opholder sig i længere perioder. Der har man mulighed for at gå mere i dybden med de individuelle borgere: "Hvad har du oplevet i dag?", "Hvordan påvirkede det dig?" Og "Hvordan kan vi støtte dig, når det påvirker dig?" De mere dybdegående snakke skal man jo ikke sidde og have med en sagsbehandler på jobcentret. Der hører det jo ikke hjemme. (Ekspert, psykiater)

De danske uddannelser, som er målrettet socialfagligt, psykologisk og/eller pædagogisk arbejde med borgere med sociale problemstillinger, giver fagpersoner en grundlæggende viden om traumer, og giver således et fornuftigt udgangspunkt for at implementere TBT på det sociale område. Imidlertid anbefaler SAMHSA (2014a), at det ikke kun er frontpersonalet (fagpersoner med direkte og personlig kontakt til borgere), men *alle* medarbejdere (og ledere) med kontakt til borgere, som anvender TBT.

Sociale tilbud har forskellige sammensætninger af medarbejdere og forskellige andele af fagpersoner med relevante uddannelser, ligesom tilbuddene ofte også er målrettet bestemte målgrupper af borgere. Derfor skal mulighederne for evt. opkvalificering/efteruddannelse enten have en generisk karakter, som passer til forskellige personalegrupper, eller der skal udvikles forskellige opkvalificerings-/efteruddannelsesmuligheder til forskellige personalegrupper.

De eksperter, som VIVE har interviewet som del af undersøgelsen, anser opkvalificering/efteruddannelse som en general nødvendighed for at skabe et fælles fokus på traumers betydning (og et fælles sprog om traumer og deres betydning) på de respektive arbejdspladser. I England tilbyder organisationen

Homeless Link således kurser om TBT med forskellig varighed og forskellig intensitet, så forskellige medarbejdergrupper kan deltage på et niveau, som stemmer med deres respektive behov for opkvalificering.

3.3.1 Uddannelse og faglig forankring

Høj faglighed i forhold til uddannelsesniveau og stor andel af fagpersoner med relevante uddannelser ansat på de sociale tilbud er forudsætninger for effektiv behandling på det sociale område. Desuden kan engagement og personlige erfaringer forbedre kvaliteten i sociale tilbud yderligere, og netop i forhold til borgernes oplevelser af at føle sig forstået og respekteret kan *peers* sagtens understøtte det fagligt funderede arbejde på et socialt tilbud.

Fagpersoner på det sociale område i Danmark besidder i udgangspunktet en grundlæggende viden om traumer. Og i takt med arbejdslivets gang opnår fagpersonerne også ofte relevant praktisk erfaring med at interagere med borgere med traumer. Dette faglige udgangspunkt gør det muligt for fagpersoner at etablere og anvende et fælles fagligt sprog, som alle i udgangspunktet er enige om, hvilket både ifølge SAMHSA (2014a; 2014b) og den fokusgruppe med praktikere, som deltog i undersøgelsen, er vigtigt for TBT.

Ifølge en leder af en boform, som tilbyder botilbudspladser efter servicelovens § 110, og som bl.a. samarbejder med lokale misbrugscentre, er opkvalificering af medarbejdernes viden om traumer og TBT *”yderst relevant”*. Medarbejderne skal ikke nødvendigvis tilbyde behandling, men *”vi skal have en forståelse for, hvad det vil sige for et menneske at have været udsat for traumer, det skal vi have med i rygsækken”*. Lederen fremhæver Socialstyrelsens kursusudbud på hjemløseområdet, som er en mentaliseringsbaseret tilgang til at arbejde med borgere med traumer, og ikke som sådan et tilbud i TBT. Kurset gør det muligt at dosere ressourceforbruget på kursusaktiviteterne bl.a. ved at lade flertallet af medarbejdere deltage i korte kurser med fokus på grundlæggende viden og prioritere de mere omfattende kurser til ledere og centrale medarbejdere. Lederen fortæller:

Styrelsen har jo delt nogle kurser ud, som vi har sagt ja til. Så her i næste måned skal jeg selv på kursus i Aarhus i forhold til traumer sammen med et par af mine medarbejdere. Det er et opfølgende kursus. Tidligere har vi været på det første kursus, som opfriskede noget baggrundsviden, og som var meget brugbart for de syv af mine medarbejdere, der deltog. Det fungerede også fint, at det var et virtuelt kursus. (Leder, boform efter § 110)

Mange interviewpersoner anbefaler i tråd med lederen oven for en samlet opkvalificering målrettet erhvervsen af et fælles udgangspunkt for TBT. Eksempelvis:

Jeg tænker også helt klart en opkvalificering af os alle sammen. Vi har ikke psykologer ansat, og vi har heller ikke direkte adgang til dem. Vores personalegruppe består af socialrådgivere og pædagoger, og selv om jeg synes, vi er super dygtige, så er vi nok ikke helt dygtige nok til at kunne arbejde på en fælles traumebevidst måde. (Fokusgruppe, fagpersoner)

Ifølge en socialrådgiver, som er ansat på et krisecenter for kvinder, har alle hendes faste kollegaer kendskab til både chok- og traumebehandling og til narrative metoder. Hun fortæller her, hvordan de via opkvalificeringer af individuelle ansatte styrker krisecentrets fælles viden:

Vi har kendskab til [traumebehandling], og de fleste af os er vant til at arbejde med narrativ metode i forbindelse med traumebehandling. (...) Vi har også personalemøder og fællesmøder, hvor vi vidensdeler, så når nogle som for eksempel min kollega, som er på traumeuddannelse nu, når hun kommer tilbage, så står hun for at vidensdele med os andre, som ikke har været på uddannelsen. Så hver gang vi er nogle, der har været på noget, så vidensdeler vi med de andre bagefter. Det er sådan vi sørger for at integrere det, vi lærer hver især, altså i den samlede gruppe. (Socialrådgiver, krisecenter for kvinder)

Tilsvarende vurderer en deltager i fokusgruppen med fagpersoner, at på hans arbejdsplads (som tilbyder social stofmisbrugsbehandling) har personalegruppen generelt god erfaring med målgruppen og kendskab til traumeproblemstillinger hos målgruppen. Derfor vurderer denne interviewperson, at det kan være relativt let at styrke den samlede medarbejdergruppes tilgang til borgerne:

Jeg tænker ikke, det behøver at være mere end en dags tid, for vi ved jo alligevel rigtig mange ting, og vi er en personalegruppe, der alle sammen har været ansat i mange år. (Fokusgruppe, fagpersoner)

Fra et brugerperspektiv fremhæver en borger med vanskelige senfølger af seksuelle og andre overgreb i barndommen betydningen af "at møde den rigtige [behandler] på det rigtige tidspunkt". I dag er borgeren aktiv i et peer-to-peer-netværk og fokuserer sideløbende på at fremme udbredelsen af TBT.

Hun beskriver, hvordan hun begyndte at få det bedre, da hun mødte en behandler, som "så" borgeren som et menneske med ressourcer og erfaringer:

Det var i mødet med [en behandler], som så mig, som den jeg er; for første gang er der en, som ser dig, ikke som en diagnose, men som et menneske, hvor hun forstår dig uden at skulle analysere dig. Det var først, da jeg mødte [hende], at jeg begyndte at få det bedre og kunne overskue mig selv. (Borger med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen)

Med reference til sine egne erfaringer med at være tilknyttet sociale tilbud og have indgået i relationsarbejde med mange forskellige behandlere og fagpersoner forklarer denne interviewperson, at var udslagsgivende at få en kontaktperson, som havde tid til, og som ikke havde fokus på at stille en diagnose, men som brugte mange måneder på "bare at lære [interviewpersonen] at kende".

Således fremstår løbende opkvalificering af en bred del af medarbejdergruppens viden om TBT som en relevant investering for sociale tilbud.

Etablering af et fælles sprog over for borgerne på de sociale tilbud er ifølge eksperter, fagpersoner og borgere en relativt vigtig forudsætning for at kunne arbejde målrettet med TBT. Det er ikke 'kun' det socialfaglige, pædagogiske og psykologiske personale, men også alle andre individer (inkl. frivillige) på tilbuddene, som udgør et potentiale for at arbejde traumebevidst. En borger med senfølger fra seksuelle overgreb i barndommen beskriver behovet for at involvere den samlede personalegruppe i TBT:

Det kan være plejeforældre, det kan være frivillige på et kvinde-krisecenter, det kan være køkkendamen på et opholdssted, sådan set. Det at have en grundforståelse for traumer, det er egentlig – jeg kan ikke se nogle, der ikke ville have glæde af det. (Borger med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen)

Samtidig vil der på langt de fleste sociale tilbud være relevante forskelle i den samlede personalegruppe, som lægger op til forskellige typer opkvalificering, bl.a. for at fastholde en relevant ansvars- og rollefordeling blandt de ansatte. En psykolog, som arbejder med at opkvalificere forskellige faggrupper i TBT, og en borger med senfølger fra seksuelle og andre overgreb i barndommen beskriver det hver især således:

Om man så går ind og definerer andre som traumatiserede og går i gang med alt muligt behandling, der skal man måske være lidt længere. Men jeg kan ikke se, at det at have en fornuftig viden om det, det er... folk er jo også forskellige, nogle vælger netop at snakke med køkkendamen eller viceværten eller ham, der kører bil. Derfor er det rigtig rart, at de også er godt klædt på. (Fokusgruppe, eksperter)

Det nytter ikke noget, at vi siger: "Det er kun de og de faggrupper, der skal have viden om traumer". Det kan godt være, man ikke behøver hele pakken, hvis man er rengøringsassistent. Men omvendt, hvis man er en, der går rundt og møder borgere og gør rent inde på deres badeværelse, så kan man have mere kontakt med dem end for eksempel overlægen i huset. Så er det jo mindst lige så vigtigt, at man har forståelse for borgerne. Faktisk hører jeg ofte fra andre [borgere med traumer], at det netop er de personaler, som har gjort en kæmpe forskel. Det handler jo om mennesker og relationer, så alle skal ind i det her. (Borger med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen)

Både de individuelle interview og fokusgrupperne nævner ofte, at borgerne også møder andre ansatte end det faglige personale, og at disse møder også er vigtige for borgerne. Eksempelvis fremhæver en socialrådgiver, som deltog i fokusgruppen med fagpersoner, at administrativt personale jo ofte også interagerer med borgerne, og at det administrative ikke har de samme forudsætninger for at agere traumebevidst som det faglige personale:

Det er af stor vigtighed, hvordan personalet i receptionen og administrationen møder borgerne. De kan jo godt sige "ej, hvor var han dog ubehagelig" og reagere lidt netop, som man naturligt ville gøre. Derfor har vi helt klart set det som en vigtighed, at alle skal gennemgå et kursus eller noget andet, og i virkeligheden skal de også have supervision på det her område. For de får rigtig meget det, der lige kommer ind ad døren, nogle af dem får sagt noget ubehageligt. Jeg ser det nok sådan, at oppe i et terapeutisk rum er det nemmere at håndtere aggressive borgere, fordi der har vi en faglighed til at håndtere det. Det har de ikke nede i receptionen, de bliver ramt mere personligt af det, end vi andre gør. (Fokusgruppe, fagpersoner)

Samme holdning til det administrative personales betydning for borgerne på de sociale tilbud kommer også til udtryk hos en socialpædagog, som også deltog i fokusgruppen med fagpersoner:

Mange af vores brugere vil først møde en fra receptionen, når de kommer hos os, og hvis de så bliver mødt med en afvisning eller en frygt, så er starten allerede lagt forkert. Så tænker jeg også, vi er ikke nødvendigvis forskellige faggrupper heroppe. Vi er fortrinsvins pædagoger, men det er ikke nogen garanti for, at vi overhovedet har samme fælles forståelse eller fælles faglighed. Jeg vil sige tværtimod, fordi man har nogle – hver vores pædagogiske teorier eller bagland, som vi ligesom trækker på. Så jeg tænker, at man laver en fælles tilgang til, hvordan vi skal arbejde, er sindssyg vigtig. Også tryghed i rammen – tryghed for borgeren selvfølgelig, men også tryghed for personalet. (Fokusgruppe, fagpersoner)

Til spørgsmål om, hvordan opkvalificering af en samlet personalegruppe bedst gennemføres, fremhæver interviewpersonerne særligt to forskellige metoder: 1) afholdelse af temadage eller seminarer på selve de sociale tilbud, hvor alle medarbejdere deltager, og 2) deltagelse i eksterne seminarer efterfulgt af vidensdeling lokalt på tilbuddene, og evt. med en turnus blandt medarbejdere, som deltager i de eksterne seminarer.

En leder, som prioriterer opkvalificering af alle medarbejdere siger:

Jeg vil allerhelst få noget ind i huset. Jeg tror faktisk ikke ret meget på, at 1-2 kommer afsted til et kursus. Jo, det er godt for dem, men det giver ikke ret meget til huset. Det gør det faktisk ikke. Hvis man virkelig skal løfte noget, så er det godt at få det ind i huset, og det er alle medarbejdere, så vi har en fællesnævner på, hvad vi nu en gang har af faglige opdateringer. (Leder, boform efter § 110)

En socialfaglig medarbejder på et socialt tilbud, som bl.a. arbejder med et særligt fokus på borgere med grønlandsk herkomst, understreger, at særligt for etniske minoriteter er det vigtigt, at alle medarbejdere forstår og anvender et fælles sprog. Den socialfaglige medarbejder siger:

I forhold til at have en tilgang til [borgere med grønlandsk herkomst] er det vigtigt, at vi alle er med på, at de har andre normer, bl.a. i forhold til, hvad de vil dele med andre, og hvordan de gør det. Derfor ser jeg jo først og fremmest, at fælles faglig opkvalificering er nødvendig. (...) Det, jeg kunne se, inden vi blev fælles opkvalificeret, det var, at vi havde forskellige sprog, og det er ekstremt udfordrende at arbejde med mennesker, som bærer rundt på eller bliver pådraget forskellige traumer, fordi det betyder noget for, hvordan du skal arbejde med den her målgruppe. Det er jo et fælles ryk at styrke dem i målgruppen, klæde dem på, så de kan komme videre i livet, og så

forudsætter det, at vi har en fælles tilgang. (Fokusgruppe, fagpersoner)

Omfanget af medarbejdere på sociale tilbud med viden om traumer, og som også er i stand til at anvende TBT, har betydning for den samlede kvalitet på de respektive tilbud. Derfor bør en passende målsætning altid være, at så stor en del af den samlede medarbejdergruppe introduceres til TBT. Samtidig vil forskellige faggrupper sandsynligvis have forskellige behov i forhold til omfanget af opkvalificerende aktiviteter.

3.3.2 Sikkerhed og risiko

At føle sig sikker og at opleve tryghed er to meget væsentlige markører for den potentielle recovery for borgere med traumer, men også sikkerhed i arbejdstiden er udslagsgivende for, hvordan fagpersoner og øvrige ansatte på sociale tilbud kan anvende TBT. En leder af en boform efter § 110 beskriver personalets behov for sikkerhed på denne måde:

Det er et svært felt at være i. De borgere, vi har samarbejde med, er svært belastede, og de har virkelig oplevet rigtig meget. Så det skal vi have respekt for. Samtidig bliver [personalet] selvfølgelig også udfordret eller berørt af de voldsomme oplevelser, som borgerne har været udsat for. Det er vi også nødt til at være opmærksomme på, for ellers kan vi ikke give [borgerne] et ordentligt tilbud. (Leder, boform efter § 110)

En psykiater, som bl.a. har stor erfaring fra lukkede psykiatriske afsnit vurderer, at "sikkerhed er et kæmpestort tema". Hun giver i følgende citat en række eksempler på, hvordan sikkerhed og tryghed spiller ind i relationsarbejdet med borgere, både åbne eller ambulante tilbud for så vidt som på en lukket afdeling:

Sikkerhed handler for eksempel om at begynde en samtale med at spørge borgeren om selve situationen, som hun eller han befinder sig i og sige: "Er der noget her, der gør, at du føler dig utryg? Det kan være den måde, jeg taler til dig på, det kan være, du sidder med ryggen til døren, det kan være, at du ikke ved, hvad dagsordenen er, Det kan være, du er bange for, at du mister din førtidspension, hvad ved jeg". Man skal finde ud af, om der er et eller andet her, som gør [borgeren] mere utryg? Og så lad os prøve at se, om der er nogle simple greb, som kan gøre, at det bliver mere trygt. Det kan være, at man skal bytte plads, eller det kan være, at jeg skal forklare, hvad

skal der ske, så det er tydeligt og klart. Altid at være tydelig og gennemsigtig, det er jo også grundprincipper i TBT, også omkring, hvad er dagsordenen. Så hvis man kommer ind til et møde: "Hvad skal vi?" Og hvis de befinder sig i behandlingssektoren eller i en NGO for socialt udsatte: "Hvad skal vi nu?", "Skal vi snakke om, hvorvidt du skal udskrives eller stoppe hos os, eller om den ballede du lavede i går?", "Eller skal vi snakke om, at det er en god ide, dine pårørende kommer på besøg?", "Skal vi snakke, om du sover bedre?" Og så videre (...) Det har meget stor betydning for borgerens alarmberedskab, hvad der er dagsordenen. Fordi på den måde, så ja, de ubehagelige dagsordener, så i det mindste ved vi, at de er der. Men de ikke-ubehagelige dagsordener, så kan vedkommende falde mere til ro. (Ekspert, psykiater)

Psykiateren anbefaler også, at fagpersoner forbereder sig på møder med borgere ved at lære borgernes "traumestatus at kende", så det er muligt at "kunne tale ind i, hvordan diverse ting og sager påvirker [borgernes] traumer, og kunne håndtere, det vil sige have nogle simple interventioner parat til at kunne hjælpe, hvis nu [borgeren] bliver trigget". Ifølge psykiateren øger viden om individuelle borgers responsmekanismer sammen med en strategi for, hvordan man som personale skal reagere, hvis borgerne "dissocierer, er meget angst eller bliver aggressive", den samlede sikkerhed for personalet.

Bortvisning eller karantæner udgør eksempler på potentielle interventioner over for borgere, som opfører sig aggressivt eller truende. Fokusgruppen med fagpersoner rejser imidlertid også forbehold over for bortvisning som nødvendig intervention, samtidig med at fagpersonerne fastholder, at bortvisning kan være nødvendig i særlige tilfælde:

Der er jo noget med at blive ekskluderet, udelukket og straffet i forhold til tidligere i opvæksten, som er ekstremt uheldigt over for borgere med senfølger fra seksuelle overgreb. I dag er vi heldigvis nået til et sted, hvor eksklusion ikke længere fungerer som en straf, men mere som en tænkepause. Så hvis man har ydet voldsom vold [over for andre borgere], som kvinderne indimellem gør, fordi de er så presset, som de er, så kan man højst få ét døgn tænkepause, og samtidig gør vi rigtig meget ud af at italesætte, at det, vi sanktionerer mod, det er handlingen, "Det er ikke dig som menneske, det er handlingen". Vi er jo også nødt til at give brugerne en vished for, at vi lever i et retssamfund, hvor vold er ulovligt, og samtidig få dem til at føle en kontakt med deres egne grænser: "Det kan godt være, at du er udsat for vold hver dag, og det er det, du trækker med herind, og det er derfor, du reager som du gør. Jeg forstår dig godt, men det er ikke i orden, at du er voldelig, når du er herinde". Vi vil gerne

være der for vores borgere, men det betyder også, at vi skal hjælpe med til at forstå, at der er nogle ting, som man ikke skal acceptere.
(Fokusgruppe, fagpersoner)

Sikkerhed for personalet fremhæves af både eksperter, ledere og fagpersoner som et yderst vigtigt fokusområde, hvis TBT skal fungere på de eksisterende sociale tilbud. Grundlæggende kræver et trygt miljø for borgerne, at personalet også føler sig trygge og sikre i deres arbejdsliv. I fokusgruppen med fagpersoner fortæller en socialfaglig medarbejder på et lukket døgntilbud til unge, som også giver mulighed for at afsone under behandling, følgende:

Altså vi arbejder meget med forebyggelse i forhold til at føle os trygge i vores rum med borgeren, fordi det er en stor vigtighed, at man ikke bliver bange for dem, hvilket man jo tit kunne blive. Men hvis man først er blevet bange for dem, så er det ret svært at have en ordentlig tilgang til dem. Så går man i sit eget forsvarssystem eller lukker ned. (...) Vi bliver selv pressede af at arbejde med mennesker, der har virkelig meget stress og kan være aggressive, og stress er jo en baggrund for PTSD. Det samme gælder i en personalegruppe. Vi kan også blive ramt af stress. Det er vi nødt til at have et sprog for, når du bliver kaldt en "fed, pervers pædofil", så gør det noget ved dig. Derfor skal [personalet] tale om, hvorfor [borgerne] gør, som de gør, i stedet for bare at se på adfærden, og dernæst: "Hvad gør det ved mig?", "Hvordan passer vi på hinanden i det her?" Sådan set er det både ens egen historie, der kan blive aktiveret af at føle stress, men det er altså også den rene påvirkning som menneske ved at arbejde med de her meget udfordrede unge. (Fokusgruppe, fagpersoner)

Den socialfaglige medarbejder nævner bl.a. alarmer, som ikke er synlige, og beredskabsplaner over for udadreagerende borgere og effektive procedurer for, hvordan medarbejdere skal reagere på eventuelle alarmer, som er nødvendige for personalets sikkerhed på denne type tilbud. Medarbejderen nævner også personalets interne relationer som vigtige i forhold til sikkerhed i arbejdslivet:

Det dur ikke, at vi kun har fokus på, hvordan vi rummer og forstår den traumatiserede borger. Som fagpersonale bliver vi også påvirket af at være sammen med de her mennesker. Det kan jo være hårdt hele tiden at blive afvist eller at blive misforstået i sine intentioner. Så der er meget teamwork på vores afdeling for, at man også passer godt på hinanden, og en gang i mellem kan overtage hinandens konflikter, ikke. Det kan være konfliktoptrappende, hvis en ung på et

værested pludselig bliver vred på én. Så at kunne få lov at trække sig kan være hensigtsmæssig. Så også at træne personalet i, at kende hinanden og passe på hinanden, og også at vide, hvordan man bliver påvirket som menneske af at arbejde med traumatiserede borgere. Det er jo også en måde at arbejde systematisk med traumer, for vi er jo nødt til at kunne rumme dem. Der er først, når vi rummer borgerne, at de lærer at finde deres tryghed igen. (...) Men jeg skal også kunne holde ud at være i noget, som nærmest hele tiden er meget stormfyldt. Så man skal ikke kun have fokus på, hvordan man spotter traumer derude, der skal også være et fornuftigt sprog for, hvordan det er som personale at arbejde i et stormfyldt og højrisikofyldt felt. (Fokusgruppe, fagpersoner)

Den socialfaglige medarbejder fra det lukkede tilbud til unge bakkes op af en socialrådgiver på et krisecenter for kvinder, som godt nok ikke har behov for overfaldsalarmer på deres tilbud, men som også *"har rigtig meget fokus på personalets sikkerhed. Hvis jeg ikke føler mig tryk eller har et sikkert sted at være, så kan jeg jo ikke tilbyde et krisecenterophold til kvinderne. Vores udgangspunkt er, at det skal være et sikkert sted, kan man sige"*.

Afslutningsvist understreger en leder på et behandlingscenter for stofmisbrug, at personalesikkerhed i sidste ende er et ledelsesansvar:

Hvis medarbejderne ikke selv føler sig sikre, når de er på arbejde, hvis de føler skyld over deres måder at reagere på, eller hvis de går og frygter for konsekvenserne af deres handlinger, så fungerer det bare ikke for den her målgruppe, som jo nogle gange også gør sit til at teste og udfordre mine medarbejdere. Det kan heller ikke nytte noget, hvis vi ikke er enige om at bakke hinanden op, eller hvis kollegaer går og bliver sure på hinanden, fordi de går forskelligt til tingene. Og det kan slet ikke nytte noget, hvis medarbejderne går og er bange, fordi så kan de simpelthen ikke gå ud og være ordentlige i forhold til borgerne. Så det er bare for at sige, at det er jo mig som leder, der hele tiden skal stå som et bolværk over for det her pres. Det er lederen, som skal gå ind og beskytte [personalet] i sådan nogle situationer, hvor borgerne er vanskelige. Altså, på de her steder, hvor vi arbejder med [borgere med traumer], har du brug for, at der er en leder, som kan passe på dig, så du kan gå ud og passe på dine borgere. (Leder, social stofmisbrugsbehandling)

Tryghed i arbejdet fremstår således som en central forudsætning for TBT, og selvom personalets tryghed naturligvis ikke er den samme, som den tryghed

borgerne har behov for, lægger TBT op til, at tryghed gøres til et fælles foretagende – for både borgere og personale.

En bredt funderet opkvalificering af personalegruppen bliver, ligesom mulighederne for løbende at kunne deltage i fx seminarer eller kurser om TBT (og således kunne bygge videre på tilegnelse af praksisnær viden), også fremhævet som et vigtigt tiltag.

Den tid, som det tager personalet at lære borgerne at kende, varierer, men kan ifølge interviewpersonerne sagtens være både måneder og halve år. Dette er et vigtigt fokuspunkt, fordi det er gennem den tryghedsskabende sociale interaktion, at borgerne bliver parate til eksempelvis at indgå i mere dybdegående (specifikke) forløb, og at personalet kan lære borgernes særlige behov at kende. Etniske minoriteter og borgere født og opvokset i Grønland kan kræve en ekstra indsats fra personalets side for at undgå misforståelser.

3.4 Kvalitativ beskrivelse 3: det pædagogiske og socialfaglige arbejde

Vi skal jo bare have folk, der er gode til at formidle TBT, og som er optaget af målgruppen. Det er vigtigt at have et fagligt blik for de her særlige målgrupper, og som også har lyst til og evnerne til at gøre arbejdet enkelt og praktisk. Du løser ikke borgernes problemer fra et skrivebord men ved at være sammen med dem, så du skal have lyst til at være derude, og du skal have faglighed og kunne noget med kontakt. (Fokusgruppe, eksperter)

3.4.1 Forudsætninger

Det er en forudsætning for at hjælpe traumeramte borgere at have viden om, hvad det betyder at leve med traumer, og hvordan man bedst imødekommer et menneske med traumer. Det handler både om de fysiske omgivelser og om en fælles forståelse for traumer blandt personalegruppen.

En ekspert på området fortæller, at hendes personale har fået en forståelse for, hvordan man møder folk med traumer på den rigtige måde, særligt "når de bliver trigget". Det har resulteret i massivt færre episoder med brug af tvang. På den måde eksemplificerer hun, hvordan opkvalificering, kurser og uddannelser om TBT får en eftertragtet effekt på praksis:

Vi har massivt mindsket brugen af tvang. Vi snakker 22 bæltter sidste år, og 3 bæltter i år. Ved udgangen af august. Og det er ikke, fordi der er mere beroligende, eller flere fastholdelser. Og det er selvfølgelig også, fordi der har været andre initiativer i gang, som også har sænket tvangen. Men så godt jeg nu engang kan kigge på det, så er det massivt sænket. Og det er jo ikke, fordi vi sender dem ud og blive PTSD-behandlet, men det er, fordi mit personale nu ved, hvordan kan de både forstå og vende det i opløbet, når folk bliver triggede, hvis de ser nogle af tingene som traumereaktioner, så de kan møde patienterne på en anden måde, og så dæmper det nogle ting. Mit personale har lært at snakke med patienterne om triggere, og lave planer for, hvordan de dæmper alarmberedskabet, når de bliver trigget. (Ekspert, psykiater)

I tråd hermed nævner en fokusgruppeditager, som udbyder kurser om TBT, at de har erfaring med, at netop antallet af magtanvendelser mindskes betydeligt når de har undervist en personalegruppe om TBT. Ifølge fokusgruppeditageren bunder det i et nyt fælles sprog blandt medarbejderne og en forståelse af, hvordan man imødekommer en traumeramt borger mest hensigtsmæssigt, nysgerrigt og åbent:

Jeg kan ikke huske de eksakte tal, men det var noget med at have haft 70 magtanvendelser til at være gået ned på 6 til 10. Det var i hvert fald markant, efter de var gået i gang med at træne personalet og finde et fælles sprog. Og jeg tror det der med, at man får et sprog for, hvad der bliver svært som medarbejder, men også hvordan kan vi forstå den unge, og hvordan kan vi agere mest hensigtsmæssigt i forhold til den unge. Og lige præcis den træning med at bevare roen og blive ved at bevare lysten, åbenheden og nysgerrigheden for dét, der sker inde bagved. (Fokusgruppe, eksperter)

Mange interviewpersoner lægger vægt på, at deres organisationer allerede arbejder med TBT, og at en stor del af de ansatte har været på kursus. For at etablere TBT i en organisation er det en fordel, at hele medarbejdergruppen involveres og er opmærksomme på traumer hos borgerne. Det kræver således et fælles fagligt sprog, kvalificeret uddannelse, vidensdeling og ikke mindst et fysisk miljø, som er indrettet efter eventuelle traumereaktioner og adfærd.

Flere interviewpersoner fortæller, at de er bevidste om, at den fysiske indretning af stedet har betydning for triggere hos de traumeramte borgere. Et eksempel er, at 'svingdørspatienter', som har været i flere forskellige behandlingsforløb, kan have dårlige minder knyttet til 'hvide rum'. En fokusgruppeditager for praktikere fortæller, hvordan et tilbud om terapi kan anvende TBT:

Det er et psykologtilbud, som hedder 'drop in', og det er kvinden, der sætter rammen for, hvordan man skal snakke sammen. Så det kan være ude i havnebadet, i skoven. Det er ikke et hvidt rum, hvor man sidder og samtaler. Vi går med der, hvor kvinderne er. Det skal give mening, så de kan åbne op for det, de har brug for at tale om. Det foregår ikke i et rum, i et hvidt rum. Det foregår mange gange kropsligt. Det er der, man starter med at komme i kontakt med nogle følelser. (Fokusgruppe, fagpersoner)

Der er altså tale om et terapitilbud, som allerede fra start af forsøger at imødekomme borgernes behov ved at invitere borgerne til at forstå en ramme for, hvordan terapiforløbet skal indrettes. Ved at blive tilbudt et medejerskab over indretningen af terapiforløbet oplever borgeren et større ejerskab sin situation og potentielt også over sig selv.

Forskellige sociale tilbud stiller forskellige krav til personalets interaktioner med borgerne og til den fysiske indretning. Sammensætningen af den samlede personalegruppe sammen med målgruppen og stedets fysiske indretning udgør centrale forudsætninger for at etablere TBT og anvende det over for målgruppen. Samtidig lægger TBTs kerneprincipper altid op til en udvidet forståelse for borgernes situationer og responsmekanismer, og derfor vil TBT på tværs af sociale tilbud altid forudsætte dels en grundlæggende viden om, hvad traumer er, og hvad de betyder både for de mennesker, som har traumer, og for de mennesker, som interagerer med mennesker med traumer, dels en fysisk indretning, som ikke fremprovokerer retraumatisering eller traume-triggers.

3.4.2 Tid og tillid

Ganske overordnet fremhæver samtlige interviewpersoner, at det kræver tid at etablere en tillidsfuld relation mellem borgere og ansatte. Traumer er ødelæggende for tilliden til én selv, men også for evnen til at opbygge tillid til andre. Et tillidsforhold mellem borger og ansat beror på samarbejde, tryghed og at møde borgeren, hvor de er. I fokusgruppen med praktikere understreges det, at det kræver vedholdenhed og tålmodighed for på sigt at skabe denne tillidsrelation, som får traumeramte borgere til at fortælle om deres oplevelser.

Man opbygger en relation, man laver en tilknytning, som de oftest har haft rigtig dårlige oplevelser med, hvor de er blevet svigtet eller ikke er blevet hørt. De første 3 måneder er der rigtig meget modstand, hvor de er sure på en og "du kan alligevel ikke hjælpe mig". Altså rigtig meget negativ kontakt, som man tillader, og man bliver i den negative kontakt med dem. Efterhånden gradvist opdager de, at

man ikke går. Man bliver, også selv om de går ud og laver tilbagefald, de går ud og drikker og gør alt, hvad de kan finde på, som alle andre har forladt dem for. Og så er vi her stadigvæk. Når de er kommet igennem den fase 3-4 måneder, så begynder de at have tillid til at fortælle nogle af de oplevelser, og det er først uden følelser. (Fokusgruppe, fagpersoner)

Desuden bliver det fremhævet af en leder af en boform, at det er vigtigt altid at forsøge at holde fokus på den individuelle borger, at tilpasse støtten – og potentielt set også behandling – til den enkelte. Dette kræver dels en generel viden om, at traumer kan medføre adfærd, som kan være vanskelig at håndtere, dels bevidsthed om den konkrete borgers situation. Generel viden om traumer og bevidsthed om individuelle borgers måder at agere på udgør ifølge denne leder et nødvendigt fundament i forhold til at agere traumebevidst. Lederen fortæller:

Så omkring traumer, så kan man sige, hver eneste borger, der kommer ind her behandler vi individuelt. Det er faktisk for at kunne give dem det samme tilbud alle sammen. Så er vi nødt til at kigge på, hvad er det den enkelte har brug for. (Leder, boform efter § 110)

Tilsvarende fortæller en fokusgruppemedtager, at ansvarsfralæggelse blandt personalet kan skabe et mere trygt rum for borgeren, således at de føler sig i centrum og accepteret, som de er:

Jeg tror også, at det har noget at gøre med, at de har brug for, at det er dem, der indimellem sætter formen for – altså vi skal være i stand til at afgive noget kontrol og lytte til, "Hvor kan du snakke henne?" Det er mere frit for dem at få lov til at gå og snakke og ikke blive forpligtet til at sidde over for et menneske. Måske skal de også have et fix undervejs. Det er det liv, de lever. (Fokusgruppe, fagpersoner)

I tråd hermed fortæller en anden fokusgruppemedtager, at man som ansat skal kunne rumme en afvisning og ikke tage den personligt. Med det anerkender man, at borgerens adfærd kan skyldes tidligere oplevelser. Samtidig understreger hun, at det kræver et grundigt arbejde at skabe en troværdig og tillidsfuld relation til en borger:

Vi skal kunne rumme, at vi fx bliver afvist, så skal vi kunne tænke: "hvad handler det mon om?". Og så prøve at finde ud af, måske er det en, der ikke har gode grunde til at stole på voksne. Så jeg skal

lave et stykke arbejde i at få den unge til at få tillid og tryghed til mig ved at være troværdig. (Fokusgruppe, eksperter)

Mange interviewpersoner understreger, at det tager tid og skal ses som en løbende proces at etablere en traumebevidst tilgang blandt de ansatte. Opkvalificering, kurser og uddannelser bliver nævnt som afgørende supplement til at indlejre den traumebevidste tilgang i en organisation. En ekspert på området nævner tilmed, at kurser og efteruddannelser skaber engagement og følelsen af 'ejerskab' blandt personalet, når de vidensdeler med hinanden. Det er således ikke afgørende for eksperter, at hele personalegruppen kommer på kursus, hvis enkelte ikke kan rumme det. Det er blot vigtigt, at de deler deres viden med hinanden, fordi engagerede medarbejdere således "smitter de andre på den gode måde". (Ekspert, psykiater)

Til spørgsmål om, hvad det kræver at etablere en TBT-tilgang i en organisation, fremhæver flere interviewpersoner tid som afgørende. Det kan ikke ske på et halvt år, men kræver løbende vedligeholdelse gennem flere år at etablere tilgangen som en naturlig del af arbejdskulturen:

Man kan jo godt gøre det et halvt år, og så "hey hu hej, og det er rigtig fint", men hvis du så stopper med at gøre de her ting, så bliver personalet ikke ved med at arbejde på den her måde. Det skal jo vedligeholdes, indtil det er en del af kulturen. Det tager jo år. (Ekspert, psykiater)

I tråd hermed understreger en brugerrepræsentant, at særligt ledelsens opbakning har stor betydning for implementeringen af TBT. Det er ifølge brugerrepræsentanten og flere andre interviewpersoner ledelsens ansvar:

Ledelsen bliver nødt til at være med. Hvis der ikke er ledelsesopbakning, så kan man lige så godt – ej, man skal ikke pakke sammen og gå. Man kan godt få lavet nogle gode ting, men det er ligesom om, der er nødt til at være konsensus om, at det her er noget vi vælger, og det gør vi, fordi vi vil gøre det bedst muligt for borgerne. Vi ved det virker – et eller andet. Hvis der kommer noget viden om, at det her virker rent faktisk. Ledelsen har et ansvar. (Borger med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen og repræsentant for brugerforening)

Det er således centralt at skabe et ligeværdigt tillidsbånd mellem borgere og ansatte. Denne målsætning tager tid at etablere, men når det lykkes, opstår der grobund for den traumebevidste tilgang.

Grundlæggende viden om traumer, afstemt med den/de arbejdsmæssige funktioner, som forskellige faggrupper dækker over, et trygt fysisk miljø, og en grundlæggende tillidsskabende og tryk kommunikation med borgerne er centrale forudsætninger for TBT. Borgernes empowerment (og recovery) styrkes af medinddragelse i de beslutninger, som de kan inkluderes i. Samtidig er individuelle medarbejdere nødt til at acceptere, at borgere kan reagere negativt og uforudsigeligt, og ikke mindst, at det kan tage lang tid at etablere tillidsfulde relationer til borgere med traumer.

3.5 Kvalitativ beskrivelse 4: organisering

Altså, hvis man lærer noget nyt og får nogle kompetencer, så man på et givent sted ved noget om [TBT], så kræver det også kontinuitet, en udvikling af den viden og TBT-tilgangen og alt det, den nu rummer. Det kræver, at ledelsen er med helt fremme, fordi det er noget, man skal arbejde med hele tiden. (Ekspert, psykiater)

3.5.1 Implementering af TBT

Hvor forskellige behandlingsmetoder beror på et fast indhold og en given struktur, udgør TBT en *tilgang*. Tilgangen er rettet mod borgere i behandling, den påvirker den sociale interaktion mellem borgere og fagpersoner, og så er den afhængig af at blive anvendt. Det vil sige, at TBT 'kun' er TBT for så vidt, at det også udføres af relevante personer.

En socialrådgiver, der arbejder med kvinder, som sælger sex, finder, at det er endog meget væsentligt, at alle de mennesker, som arbejder med borgere med traumer, er bevidste om, at der er forskel på *behandling* og *tilgang*: *"Vi er mange, som sørger for, at [borgerne] kan føle sig sikre, og som kan hjælpe dem med at håndtere de pludselige følelser, som de måtte have nu og her. Men det er ikke behandling. Det er to forskellige ting".*

At indføre TBT i en organisation kræver en form for reflektiv tillæring både blandt individuelle medarbejdere og ledere for så vidt som blandt de sociale tilbud som sammenhængende organisationer, og ifølge en psykiater forudsætter dette, at *"man ledelsesmæssigt er overbevist om, at det her er vigtigt nok til, at man prioriterer, at det skal gøres"*. Hvor eksempelvis tilføjelser af procedurer for at registrere og overlevere borgeres traumehistorik på eller fx borgernes forhold til tvangsanvendelse (så borgere, der har været udsat for voldtægt, ikke risikerer at skulle fastholdes af personer med det samme køn som

deres krænker/e) uden videre kan passe ind i det eksisterende sociale arbejde, så er TBT som tilgang ikke noget, som uden videre kan påtages, men er noget, som skal læres, anvendes og udvikles over tid.

Ifølge en psykolog, som både har stor viden om TBT, erfaring med decideret traumebehandling og kendskab til, hvordan TBT kan implementeres på sociale tilbud, er det ikke en 'ninja-øvelse' at lære at anvende TBT. *"Det her er ikke noget, man gør som enkeltperson. Det er simpelthen noget med at arbejde parallelt og integreret på arbejdspladserne. Og det handler om at have gode samarbejdsaftaler, supervision og en fælles forståelse for hinanden"*, fortæller psykologen. Interviewpersonen vurderer også, at TBT fordrer et *"rum, hvor man kan reflektere over praksis"*, og at *"man hele tiden arbejder med at skabe rummet"* (Ekspert, psykolog).

En anden vigtig dimension ved TBT handler om det faglige indhold, som tilgangen bygger på:

På den lange bane ville det have stor betydning at kunne sige, at det her faktisk gør en forskel, og det kræver, at man evaluerer på det, når man først har implementeret det. Og at man er vedholdende og går efter at ændre praksis på en reel måde. Det er den ene del, at [TBT] kræver tid og fokus. Den anden del handler om, at det skal være ordentligt forberedt. Medarbejderne skal præsenteres for TBT på en ordentlig måde, så man ikke får for meget modstand i potentielt forandringstrætte organisationer. Fordi for nogle vil det ligne endnu et skrivebordstillæg. (...) Derfor er det vigtigt, at der er et fagligt element i det, og det kan være en faglig efteruddannelse, som kan være med til at bære [TBT] frem. I hvert fald i social- og sundhedsorganisationer tænker jeg, at der skal være noget fagligt i det, som kan fremme en faglig stolthed, og hvor det er vigtigt, at det er fagpersoner, der bliver bannerførere for det. Så vil medarbejderne have lettere ved at opleve TBT som noget, de gerne vil blive stærkere på, frem for som en rent bureaukratisk og 'lean'-agtig ledelsesmetode, som de ikke føler deres faglighed i. (Ekspert, psykiater)

Psykiateren foreslår, at man på de forskellige sociale tilbud udpeger faglige nøglepersoner, som i forbindelse med implementeringen af TBT sammen med ledelsen kan gå forrest i forhold til faglig efteruddannelse/opkvalificering. Et effektivt forløb på bosteder og socialpædagogiske tilbud kunne ifølge psykiateren bestå i *"to-tre dages undervisning til at starte med, og dernæst for det første løbende supervision hver 14. dag, hvor så mange som muligt deltager, og for det andet en opfølgende træningsdag efter et halvt års tid"*. Samtidig gentager psykiateren behovet for at have en aktiv ledelse, som udover at have tæt kontakt til sit personale optimalt set både har kendskab til og deltager i

udarbejdelsen af behandlingsplaner: *”Jeg spurgte jo ind til de ting, som jeg så og hørte om patienterne, og når der var svære patienter, som dissocierede helt vildt og var selvskadende, så gik jeg som leder jo med personalet ind, og så er det mig, som er rollemodel for god TBT-tilgang. Du er nødt til at have rollemodeller. Supervision er vigtig, men du er også nødt til at tage ansvar som leder og vise personalet en retning”*, understreger psykiateren.

3.5.2 Fysisk rumlighed

De fysiske rammer i en organisation udgør rammerne for borgernes behandling, men også hverdagsliv i de organisationer hvor patienter opholder sig i længere tid. Tilmed sætter den fysiske indretning rammerne for de ansattes arbejdsmiljø og skal dermed skabe tryghed både for borgere og ansatte.

Flere interviewpersoner fremhæver vigtigheden af, at være bevidst om hvad der eventuelt kan medvirke til at gøre en borger utryk i en given situation. For eksempel fortæller en ekspert på området, at selv simple ændringer kan have stor betydning for borgerens oplevelse af situationen og dermed også for borgerens åbenhed. For eksempel at overveje, hvor borgeren skal sidde, eller om en samtale skal afholdes som 'walk and talk' i stedet for at sidde i et hvidt rum.

Borgernes oplevelse af, 'at blive mødt' bare ved at sidde på den 'rigtige måde' eller gennemgå dagsordenen forud for mødet medvirker til at tryk, og kan ifølge flere interviewpersoner være decideret afgørende for borgernes udbytte af behandling. I tråd hermed nævner en leder, at selve den fysiske indretning og de ansattes forberedelse inden et møde har betydning for, hvordan mødet udspiller sig:

Når vi har samtaler med borgere og tænker, at her er en borger, som kan blive vred, så sørger vi for, at vi ikke har kuglepenne og kaffekopper stående på bordet. Hvis der skal smides med noget, så er det vigtigt, at det ikke er noget, som gør skade. At tænke den tanke. Jeg tror også på, at når vi er godt forberedt, så bliver det heller ikke til en konflikt. Det kan borgeren jo mærke, at der er ro på. Vi tager simpelthen de forbehold, vi skal. (Leder, boform efter § 110)

Tilsvarende nævner en deltager i en fokusgruppe for praktikere, at deres indretning så vidt muligt ikke minder om steder, som borgerne forbinder med traumer. Det kan for eksempel være hvide eller små rum, men også sansesmæssige påvirkninger fra lysstofrør, larm eller lignende. I tråd hermed nævner en deltager i en fokusgruppe for praktikere, at de har forsøgt at gøre indretningen på bostedet hjemlig.

Når de siger farvel herinde, så har de følelser af, at det er et hus, de har boet i. Så det har stor betydning, at det er hjemligt. Her er tæpper, der er uldtæpper, der er puder, der er god kvalitet af møbler. Det synes jeg har en betydning. (Fokusgruppe, fagpersoner)

En leder understreger tilmed, hvor stor en betydning de fysiske omgivelser har for borgerne i den konkrete situation, men også for hele behandlingsstrategien. Hun fortæller:

Selvfølgelig var det nogle særlige vinduer, som man ikke nemt kunne smadre, men det kunne man jo ikke se. Man havde bevaret træerne på området, der var højt til himlen, og det var faktisk noget af det, de unge selv kommenterede på. Så jeg tænker, det er fuldstændig indiskutabelt, at rammerne betyder faktisk rigtig, rigtig meget. For eksempel i det her tilfælde, hvor vi forsøgte at skabe et børnemiljø. Klart, hvis man har noget, der ligner et fængsel i udtalt grad, så bringer det den kriminelle op. Hvis man har noget, der minder om et børnemiljø, hvor der er god plads til at løbe, lave bål, og hvad ved jeg, så ringer du måske barnet op. Så kan vi måske få fat i det traume, det handler om, fordi vi så får åbnet op for noget andet end den hardcore-kriminelle, som vi forventer smadrer fjernsynet om 5 minutter, hvis vi ikke putter det bag plexiglas. (Leder, kommunal centerchef)

Man kan således sagtens have en venlig fysisk indretning, som er traumebevidst uden at gå på kompromis med sikkerheden. En anden leder for et socialt tilbud efter § 110 fortæller også, at de har medtænkt den fysiske rumlighed ved, at borgerne let og ubesværet kan komme til og fra deres værelse. En brugerrepræsentant nævner dog, at det er lige så vigtigt at acceptere, at man ikke kan undgå triggere for alle.

Men man skal også vide, at vi ikke kan undgå alle triggere. For du ved ikke, om en rød sofa trigger mig, fordi det var der, overgrebene foregik hjemme hos bedstefar, eller et eller andet. Det gør også bare, at man begynder at lægge flere og flere begrænsninger på, hvad man kan, og hvordan man kan bevæge sig, hvis man skal prøve at undgå alle triggere. (Borger med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen og repræsentant for brugerforening)

Det er således meget individuelt hvad der trigger en traumeramt borger, og man kan dermed ikke undgå enhver form for trigger ved at indrette en organisation på en bestemt måde. Mange interviewpersoner fremhæver dog, at man

bør undgå hvide rum og være åben for at tilpasse en given situation til borgernes behov. Den fysiske indretning kan tilmed være betinget af den specifikke organisations målgruppe, hvormed der ikke kan siges at være en absolut formel for en traumebevidst indretning.

En leder fortæller, at hos dem har de bevidst sat pottedplanter frem til situationer, hvor borgerne er "nødt til" at reagere fysisk, "så er der noget at smide med i stedet for at skulle smide med medarbejdere". Det er et eksempel på at medtænke de fysiske rammer i at rumme borgerens behov og tilmed minimere konfliktpotentialen for de ansatte.

Nogle dele af den fysiske indretning af et socialt tilbud har en permanent karakter, som ikke uden videre kan ændres, og derfor er det også væsentligt, at alle medarbejdere anerkender, at der altid er en risiko for, at en borger bliver trigget af en fysisk genstand eller rumlig stemning. Derfor er det også væsentligt, at både ledelse og medarbejdere altid afsøger borgernes potentielle trigger og for så vidt muligt forsøger at indrette sig efter dem.

3.5.3 Efterspørgsel

Ganske overordnet ser vi en stor interesse for TBT som tilgang hos samtlige af de ledere, vi har interviewet, og det er netop dem, vi vil fokusere på i dette afsnit. Lederne fremhæver hver især vigtigheden af fælles faglig opkvalificering, således at alle medarbejdere lige fra køkkenmedarbejder til psykolog ved, hvordan man bedst muligt imødekommer borgere med traumer.

Mere specifikt efterspørger en leder en ensrettet måde at møde borgerne på på tværs af institutioner. For lederen er det tydeligt, at nogle institutioner stadig ikke arbejder med en traumebevidst tilgang, når denne møder borgere, hvis behov ikke er blevet mødt et andet sted på trods af et tydeligt behov for hjælp. Dette gælder særligt på områder, som ikke direkte tilbyder social- eller sundhedsfaglig behandling – så som et jobcenter, der er et tilbagevendende eksempel i interviewene – men det kunne også være uddannelsessteder og andre typer institutioner. Ifølge denne leder risikerer oplevelsen af at blive "mødt med en lukket dør" at resultere i retraumatisering for en stor del af borgere med traumer. Lederen fortæller videre:

Jeg vil næsten tro, at en empatisk og anerkendende telefonsamtale nok endda kunne have gjort det [dvs. afhjulpet en uheldig situation]. Men det er virkelig det med, at når man bliver mødt med en lukket dør, så stiger angstniveauet og stressniveauet, og det forstærker en oplevelse, af at der ikke er nogen hjælp til mig, når jeg virkelig har brug for det. Og for rigtig mange af dem, vi har indskrevet hos os,

kan det mønster jo minde rigtig meget om, hvad der foregik, dengang de blev udsat for overgreb. (Leder, social stofmisbrugsbehandling)

Det er altid vigtigt at forsøge at skabe et trygt og åbent samvær med borgerne. Når borgeren oplever at blive afvist af mennesker, som – i et borger- eller individperspektiv – burde hjælpe, kan det naturligvis vække mindelser om overgrebssituationer, hvor primære ansvarspersoner netop undlod at hjælpe og derved medvirkede til retraumatisering, specifikt af borgere med senfølger efter seksuelle overgreb i opvæksten. Dette gælder, når borgerne deltager i terapisesioner og andre samtaler og aktiviteter med det faglige personale, men også når borgerne 'bare' befinder sig på og færdes på sociale tilbud.

Derfor er det ifølge en kommunal centerchef på socialområdet både vigtigt at have en høj andel af fagrelevant personale, og at alle medarbejdere med kontakt til borgerne deltager i en form for opkvalificering, så ingen medarbejdere risikerer at stille en traumeramt borger over for en lukket dør eller andre potentielt traume-triggende situationer.

Samtidig nævner flere interviewpersoner, at der udmærket kan allokeres en eller flere nøglepersoner med særligt kendskab til TBT, som står for at vidensdele med resten af medarbejdergruppen. Til spørgsmål om, hvad der skal til for at rumme borgernes traumer, fremhæves faglighed blandt personalet:

Jeg får lyst til bare at sige faglighed. Og så at have et levende og dynamisk [arbejds miljø]. Hele tiden at kæmpe for det, og så kan det i øvrigt indeholde alt muligt andet. Jeg vil jo heller ikke have min frisør til at behandle min bil. Så hvis man skal lave behandling på mennesker, så bliver man nødt til at have den faglighed, der skal til for at gøre det. Jeg vil heller ikke have min frisør til at operere mig, hvis jeg skal. Så jeg synes faktisk faglighed, for faglighed er, når man arbejder med mennesker, som har det svært i livet, og som har nogle gange ekstrem adfærd, så det, der gør, at vi kan være i det, er jo, hvis vi har en faglighed, som gør, at vi kan forstå, hvad det er, der sker over i den anden, og det er også det, der gør, at vi kan arbejde med at forløse noget. (Leder, kommunal centerchef)

Tilsvarende nævner en anden leder, at "det er jo ikke bare et kursus, men det er jo virkelig, hvor man hele tiden arbejder på det, får supervision på det, og hvor ledelsen kan følge op på det". Det er ifølge denne leder afgørende, at man konstant er opmærksom på og arbejder frem mod at fremme den traumebevidste tilgang blandt personalet, hvis TBT skal lykkes. I tråd hermed tilføjer

en leder af et rusmiddelcenter, at det er vigtigt at anerkende borgerens tilstand og behov i den umiddelbare situation, som de befinder sig i, frem for at give dem en følelse af at være forkerte på grund af deres umiddelbare reaktioner:

Hvor jeg siger, at når man vælger at indtage rusmidler i den situation, man befinder sig i, så er det fordi, at man ønsker at komme væk fra ubehaget, den umiddelbare situation. Hvis der ikke er nær så meget tryk på, så kan man godt tale om sund fornuft, men hvis vi så bliver ved med for at møde borgeren, at tale om den sunde fornuft, så animerer det jo mere til en følelse af nederlag og ikke at kunne mestre. Man er nødt til at anerkende, at "jamen, det bedste, du kunne gøre i den situation, var faktisk at prøve at mestre dit ubehag ved at tage stoffer". (Leder, social stofmisbrugsbehandling)

Anerkendelse af borgernes tilstand og uddannelse af personalet er således væsentligt i en institution, der arbejder med traumeramte borgere. Der er bred enighed om, at de institutioner, lederne kommer fra, allerede arbejder med TBT, men der er stadig vej at gå inden al personale er parat til at anvende TBT, ligesom TBTs effekt også er afhængig af, hvordan tilgangen udrulles på tværs af forskellige tilbud og de institutioner, som borgerne frekventerer.

Et konkret forslag til at gøre TBT til en del af kulturen kommer fra en leder, som anbefaler at lave en plakat med en række opmærksomhedspunkter. Den skal hænge frit fremme i en given institution og minde både borgere og ansatte om, hvordan man bedst muligt tilgår borgerne. Det fungerer ifølge lederen bedre end en papirfolder, som ofte ender i en uset bunke, mens plakater er en mere eksplicit kommunikationsform og vil medvirke til, at TBT bliver en miljømæssig tilstand lige så vel som en borgerrettet tilgang.

Den fysiske indretning af sociale tilbud udgør et særskilt fokusområde. Indretningen af tilbuddene bør for så vidt muligt undgå at vække borgernes minder om de tidligere episoder, hvor de fik deres traumer. Det vil sige, at lukkede rum uden udveje, mørke, smalle gange og forskellige indretninger, der kan medføre, at borgerne føler sig magtesløse, skal undgås. Hovedsagen er at undgå retraumatisering, og da det kan være meget forskellige og individuelle elementer/oplevelser, der trigger borgernes traumer, kan den fysiske indretning aldrig stå alene. Der vil altid være et behov for, at personalet lærer borgernes situationer at kende. Samtidig – men afhængig af, hvilke borgere som kommer på det sociale tilbud – kan en vis rumlighed i forhold til borgernes muligheder for at afreagere også gøre det lettere for borgerne (og personalet) at fastholde en tilknytning til tilbuddet.

4 Efterspørgsel efter TBT på det sociale område i Danmark

På baggrund af undersøgelsens kvalitative materiale giver vi i dette kapitel en sammenfattende og overordnet beskrivelse af vurderinger af muligheder for og efterspørgslen efter at indføre TBT i sociale tilbud i Danmark. De spørgsmål, som kapitlet sætter fokus på, er følgende:

1. Har målgruppen behov for, at sociale indsatser er traumebevidste, og kan de drage nytte af dette?
2. Er der efterspørgsel efter at arbejde traumebevidst i kommuner, NGO'er og private tilbud?
3. Er der accept af TBT-prototypen blandt fagpersoner, medarbejdere, brugere og andre relevante aktører?
4. Er TBT-prototypen realistisk i drift, og hvad kræver den af ressourcer?

På baggrund af de kvalitative interviews, der er gennemført med i alt 14 borgere, fagpersoner, ledere og internationale og danske eksperter, sammenfatter vi i det følgende en overordnet vurdering af mulighederne og betingelserne for at indføre TBT på det sociale område i forlængelse af praksisbeskrivelsen i kapitel 3.

Interviewpersonerne blev præsenteret for TBT og de grundlæggende principper, men da interviewene jo udgør en del af vidensgrundlaget for at udvikle selve prototypen, har interviewpersonerne ikke haft mulighed for at vurdere den specifikke prototype i sin endelige udformning. Vurderingerne vedrører derfor grundtankerne, principperne og værdierne i TBT og muligheden for at indføre et systematisk og bevidst fokus på traumer på det sociale område i Danmark, og indeholder altså ikke vurderinger af vores specifikke udformning af prototypen for TBT.

Kapitlet kan udgøre input til Socialstyrelsens eventuelle senere vurdering af prototypen efter videnskriterierne for overgang fra screenings- til modningsfase, hvis fremgangsmåde er beskrevet i Socialstyrelsens *Drejebog for strategi for udvikling af den sociale indsats* (SUSI) (Socialstyrelsen, 2021a). Formålet med en sådan kvalitetsvurdering er at belyse og vurdere, hvorvidt implementering af en given indsats, har potentiale til at løse det problem, som det er tiltænkt. I drejebogen beskrives, at det skal undersøges, om indsatsen i bund og grund er efterspurgt, de steder, hvor det forudsættes, at indsatsen

skal igangsættes. Der skal endvidere foretages en vurdering af, hvorvidt en sådan indsats er realistisk i drift, og af hvad indsatsen kræver af ressourcer.

4.1 Har målgruppen behov for, at sociale indsatser er traumebevidste, og kan de drage nytte af dette?

Der er generelt stor opbakning til at anvende en traumebevidst tilgang i sociale indsatser i Danmark. Interviewpersoner og den faglige følgegruppe peger på, at socialt udsatte voksne kan have stor gavn af, at ansatte på sociale tilbud arbejder ud fra en traumebevidst forståelse i praksis i den daglige kontakt med borgere. Der er generelt en forståelse af, at opkvalificering af personalets viden om traumer og traumereaktioner er nødvendig og vigtig, og at dette kan bidrage til implementeringen af TBT, som på sigt vil styrke eksisterende praksis i indsatser over for socialt udsatte.

En opkvalificering skal etablere et fælles udgangspunkt for at kunne arbejde traumebevidst og målrettes såvel socialfaglige medarbejdere som andre dele af personalegruppen på sociale tilbud. Samtidig viser vores undersøgelse, at TBT som tilgang til socialt udsatte ikke alene er relevant på det sociale område, men at denne også vil kunne gøre sig gældende på andre områder, fx beskæftigelsesområdet, som socialt udsatte, herunder grønlandere, som er socialt udsatte, og som lever i Danmark, ganske ofte har berøring med. Studier peger endvidere på, at et sådant fælles sprog og forståelsesramme omkring TBT, som går på tværs af fagligheder og sektorer, kan understøtte samarbejdet omkring borgeren.

Med undersøgelsens litteraturreview kan vi pege på, at der er indikation på afledte eller direkte positive effekter af at implementere TBT for både det sociale tilbud som helhed, for personalet, men også for borgerne i målgruppen i forhold til reduktion i traumesymptomer, misbrug og styrket mestringsevne. Opsummerende peger undersøgelsens vidensgrundlag på, at et systematisk fokus på og øget viden om traumer og traumereaktioner kan give en fokuseret og alternativ tolkningsramme til forståelsen af borgerens adfærd og situation til gavn for de socialt udsatte borgere.

4.2 Er der efterspørgsel efter at arbejde traumebevidst i kommuner, NGO'er og private tilbud?

Efter interviewpersonernes opfattelse er der generelt efterspørgsel efter og opbakning til at arbejde traumebevidst i sociale tilbud i Danmark. Det er ligeledes en generel vurdering, at tilgangen giver god mening og kan styrke eksisterende praksis. Der er samtidig også en bevidsthed om, at implementering kræver tid og ressourcer, fordi indførelse af en sådan tilgang kræver en faglig opkvalificering af de forskellige medarbejdergrupper – fra køkkenmedarbejder og receptionister til socialfaglige medarbejder og psykologer – og at de får viden om traumer og om TBT, som de kan se relevansen af og potentiale for i deres forskellige arbejdsfunktioner.

4.3 Er der accept af TBT-prototypen blandt fagpersoner, medarbejdere, brugere og andre relevante aktører?

Interviewpersonerne peger samstemmende på, at en traumebevidst tilgang er både relevant og indholdsmæssig brugbar for medarbejdere, brugere/brugerrepræsentanter og ledere i de sociale tilbud, som skal arbejde med TBT. Dette gælder de centrale principper og forudsætninger for TBT, som de er formuleret af SAMHSA, og som prototypen er opbygget på baggrund af.

Det er derved vores vurdering på baggrund af vurderinger i de kvalitative interviews, at der er god opbakning til det grundlæggende indhold i den præsenterede TBT-prototype på det sociale område i Danmark.

4.4 Er TBT-prototypen realistisk i drift, og hvad kræver den af ressourcer?

Interviewpersonerne vurderer, at det er relevant og realistisk at investere i implementering af en traumebevidst tilgang i sociale tilbud, som arbejder med udsatte borgere. De vurderer også, at implementering af TBT ikke sker fra den ene dag til den anden, og at forankring af tilgangen bredt i organisationen kan tage tid og generelt kræver viden om TBT og viden om traumer på tværs af ansatte. Det kræver også, at TBT italesættes i organisationen, så TBT bliver en fast og hverdagslig del af kulturen i den specifikke organisation. Som en

bruger udtrykker det: *"Jeg tror ikke, man kan implementere TBT i en organisation, uden at der bliver investeret, men det vil være penge, som er godt givet ud"*. (Bruger)

Det økonomiske aspekt i at implementere en traumebevidst tilgang i sociale tilbud er generelt vanskeligt at vurdere, da det afhænger af, hvordan og på hvilket niveau TBT implementeres. TBT er ikke en tydeligt afgrænset og standardiseret metode, som kan implementeres efter en specifik manual. TBT er derimod en tilgang som starter i organisationen, og som skal understøtte traumebevidsthed i den sociale indsats.

Løbende opkvalificering af de forskellige medarbejdergrupper generelle viden om TBT kan være en relevant investering for de sociale tilbud. Vi kan ikke sige noget entydigt om, hvad det vil kræve at implementere eller 'at drifte' TBT i en organisation, da der kan være mange måder at gøre dette på, og organisationer kan have vidt forskellige forudsætninger herfor. Dette er også en pointe i sig selv, idet det sociale område dækker en meget bred vifte af kontekster, faggrupper og typer af indsatser, der kan betyde, at organisationer som ønsker at implementere TBT, må tilpasse kerneelementerne og deres principper til deres specifikke kontekst.

I det følgende kapitel beskrives den prototype for TBT, som vi har formuleret på baggrund af undersøgelsens analyser af litteratur og kvalitativ data.

5 **Prototype for traumebevidst tilgang (TBT) på det sociale område i Danmark**

Prototypen for TBT, som beskrevet i dette kapitel, er udviklet i et generisk format, som sociale indsatser og eksisterende og kommende sociale tilbud i Danmark, kan tage udgangspunkt i og arbejde med. Med en sådan udformning af prototypen har VIVE taget højde for, at det kræver, at der lokalt arbejdes med prototypen, og med at tilpasse de seks kerneelementer til den eksisterende praksis og organisation, idet borgere, tilbud/kerneopgaver og organisationer på det sociale område er meget forskelligartede. At arbejde lokalt med prototypen kan altså understøtte en implementering af TBT i socialfaglig praksis og i den bredere organisation.

Prototypen er udformet på baggrund af en systematisk indsamling af viden og erfaringer fra forskning om TBT, traumer og socialt udsatte, og er VIVEs bud på en model, der er mulig at implementere i sociale indsatser og tilbud.

Vidensgrundlaget for prototypen er undersøgelsens kvalitative analyse og litteraturreview, i kombination med SAMHSAs kerneprincipper og forudsætninger for TBT, som er integreret i prototypen. Formålet er på den baggrund at formulere et række operationelle kerneelementer, som kan samles i en prototype for TBT målrettet det sociale område i Danmark.

Det er målet, at medarbejdere og ledere via arbejdet med prototypen opnår en styrket forståelse for traumer og viden om betydningen af traumer for socialt udsatte og for de komplekse veje mod bedring og recovery og med SAMHSAs grundlæggende principper, værdier og forudsætninger for TBT som grundlag for prototypen (SAMHSA, 2014a). I overensstemmelse med en recovery-orienteret tilgang har man i TBT fokus på at understøtte borgerens udvikling ved hjælp af en proces og praksis, hvor borgere, som er socialt udsatte styrkes i at leve et meningsfuldt og tilfredsstillende liv med deres levede erfaringer fra social udsathed. En meningsfuldhed, som personerne som udgangspunkt selv definerer frem for, at andre gør det for dem.

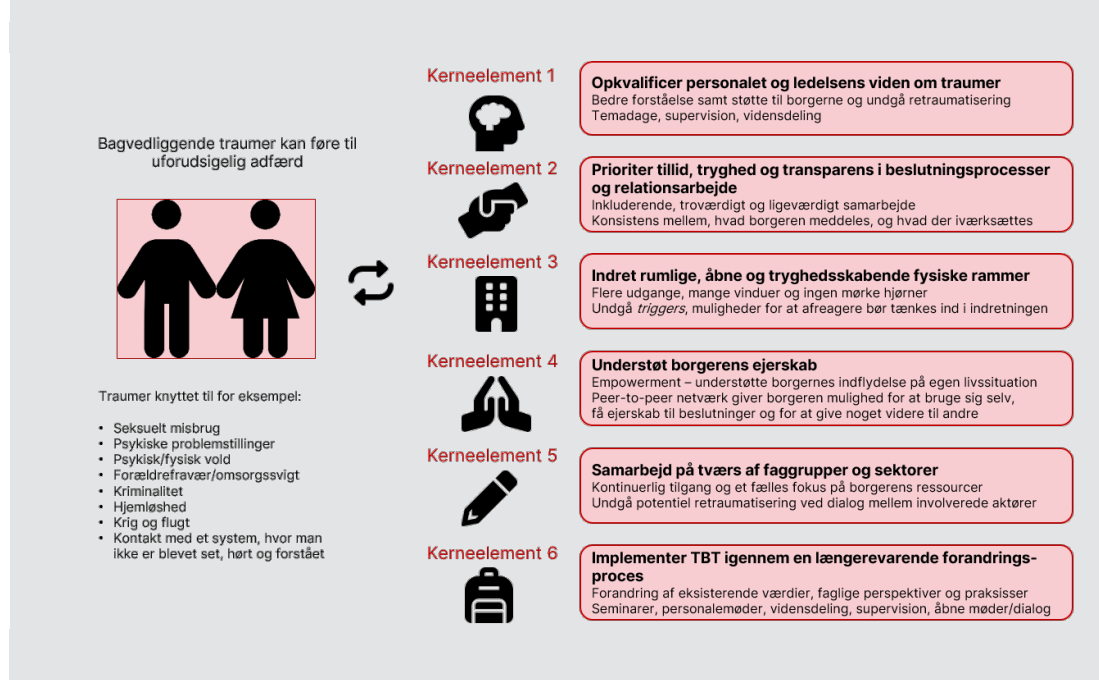
SAMHSA understreger, at TBT ikke kun er relevant for fagpersoner med direkte og personlig kontakt til borgere, men også øvrige personalegrupper i organisationen, som medarbejdere, peer-støtter og ledere. Forskellig sammensætning af medarbejdere, peer-støtter og forskellige andele af fagpersoner og målgrupper af borgere i sociale indsatser betyder, at mulighederne for evt.

opkvalificering/efteruddannelse må have en generisk karakter, som passer til forskellige personalegrupper. Eller også skal der udvikles forskellige opkvalificerings-/efteruddannelsesmuligheder til de forskellige personalegrupper.

I det følgende beskrives hvert kerneelement i hver sit afsnit ud fra følgende struktur: 1) i overskriften beskrives kerneelementernes aktive handlingsdimension, og i 2) *definitionen*, uddybes og afgrænses funktionen af det enkelte kerneelement og i 3) *begrundelse*, beskriver vi værdier, vurderinger, teoretiske argumenter for kerneelementerne samt de forventede effekter af kerneelementet. Alt sammen på basis af kapitlerne 'Litteraturreview' og 'Praksisbeskrivelsen af TBT i Danmark'. Derefter i 4) *praksis*, beskriver vi, hvad kerneelementet forventes at kræve af og medføre for praksis, herunder hvilke forudsætninger, der kan identificeres for at implementere det enkelte kerneelement. Afslutningsvist, i 5) *særlige opmærksomhedspunkter*, fremhæver vi nogle væsentlige opmærksomhedspunkter, som kan være relevante i forhold til eventuel videre afprøvning, udbredelse og modning af TBT-prototypen på det sociale område.

Figur 5.1 nedenfor viser prototypen i sin helhed med dens seks kerneelementer. Kerneelementerne har vi inddelt i tre niveauer: 'personale', som angår viden- og kompetenceniveauet blandt personalet (kerneelement 1), 'interaktion', som vedrører selve interaktionerne mellem personale/organisation og så borgeren (kerneelement 2-5), og endelig 'organisering' handler om implementering af TBT og om at skabe den nødvendige forandring i organisationer, som ikke i forvejen arbejder med TBT (kerneelement 6).

Figur 5.1 Oversigt over kerneelementer i TBT-prototypen



5.1 Seks kerneelementer for TBT i Danmark

5.1.1 Kerneelement 1. Kontinuerlig og målrettet opbygning af et stærkt videns- og kompetenceniveau om traumer



Definition: Understøt faglig praksis med relevant viden om traumer og traume-reaktioner for at understøtte en forståelse for, at borgernes aktuelle problematikker ofte er forårsaget af tidligere begivenheder, og for at der i relationen til borgerne er risiko for at retraumatisere borgeren, og at risikoen også gælder medarbejdere og ledere.

Begrundelse: Et højt vidensniveau om traumer er en nødvendighed i en organisation, der arbejder med TBT, så medarbejdere og ledere kan oversætte viden om traumer til egen faglig praksis, og at der blandt medarbejdere er en gennemgående oplevelse af, at de er traumekompetente, og at de har viden om TBT-principperne. De danske vurderinger peger også på, at løbende opkvalificering af så bred en del af medarbejdergruppens generelle viden om traumer som muligt er afgørende og anses som en meget relevant investering for sociale indsatser. Implementeringen af TBT-principperne kan med fordel ske i

samarbejde med de specifikke borgere, fordi det vigtigt at have for øje, hvordan borgere oplever udmøntningen af TBT, og for at de kan opleve dem vidt forskelligt.

Viden om traumer og traumereaktioner giver de faglige medarbejdere bedre betingelser for at kunne håndtere potentielle kritiske situationer og træffe beslutninger, som reducerer risikoen for (re)traumatisering af såvel borgere som personalet selv. Det er nødvendigt, at medarbejdere og ledelse har de nødvendige kompetencer til at kontekstualisere og tilpasse denne viden til den specifikke målgruppe og organisation, som de arbejder indenfor.

Endelig kan styrket viden om traumer føre til mere kvalificeret samarbejde, vidensdeling og dialog i personalegruppen/organisationen, men det forudsætter en organisationskultur i den pågældende sociale indsats, som understøtter dette (jf. også kerneelement 5).

Organisatoriske processer er centrale i forhold til at understøtte videndeling i organisationen, således at viden om traumer, og hvordan traumer kan spille ind i faglig praksis, kommer så langt rundt i organisationen som muligt. At så stor en del af det samlede personale tilegner sig viden om traumer udgør et vigtigt første skridt henimod indførelse af TBT i en organisation (Loomis et al., 2019; Sundborg, 2019). Personalets tilegnelse af viden om traumer kan med fordel vedrøre: 1) traumers betydning for borgeren og dennes liv, 2) kort- og langtidseffekterne af traumer, 3) forholdet mellem traumer og de udfordringer, som borgeren oplever, 4) traumers betydning for borgerens syn på sig selv og andre, 5) betydning af dette syn på borgerens motivation og evne til at deltage i en indsats og 6) interventionsteknikker, der fremmer TBT-principper (Knight, 2019, s. 84; Loomis et al., 2019).

Det er vigtigt at sikre en forståelse for, at medarbejdere både kan have forudgående traumer og være udsatte for traumatisering i deres arbejde. En sådan opkvalificering af personalegruppen kan også indebære, at der indføres supervision og støtte til medarbejdere, som interagerer med borgere med traumer, idet dette kan reducere hyppigheden og sværhedsgraden af 'sekundær traumatisk stress' (fx Bride, 2011) eller 'indirekte traumatisering' (Cieslak et al., 2014) i personalegruppen. Dette betegner den følelsesmæssige, fysiske og kognitive belastning, som personalet kan opleve ved at blive udsat for andre menneskers traumer. Dette kan føre til både uhensigtsmæssige følelser mellem medarbejder og borger (*countertransference*) og udbrændthed hos medarbejdere (Knight, 2019).

Viden om traumer, kendskab til traumereaktioner og indsigt i individuelle borgers reaktionsmønstre er forudsætninger for at kunne støtte borgernes recovery (Buhmann & Folke, 2021). Tilegnelse af viden om traumer er et generelt anliggende for en social indsats, idet det er vidensniveauet i den samlede

organisation, der er udgangspunktet for den faglige praksis – og for interaktionen med borgerne. Niveauet af opkvalificeringen kan tilpasses specifikke medarbejder- eller ledergrupper, ligesom det er nødvendigt, at videnstilegnelsen foregår som en fortløbende proces (Hopper et al., 2010; Sundborg, 2019; Unick et al., 2019).

Frem for at fokusere på borgernes potentielle diagnoser og aktuelle problemstillinger indebærer TBT en erkendelse af, at tidligere traumer kan være med til at forklare diagnoser og sociale problemer. Med andre ord fordrer TBT et blik for dét, som borgerne har været udsat for tidligere i livet (Becker-Blease, 2017) og på traumernes mulige konsekvenser for borgerens psyke og handlinger (Levenson, 2020). Her beskrives kernen i TBT undertiden under parolen ”spørg ikke, hvad jeg fejler – spørg, hvad der er sket for mig” fremhæver Traumeklinikken i København (Traumeklinikken's hjemmeside). TBT beskrives altså med det vigtige budskab at søge at forstå borgere i et mere helhedsorienteret perspektiv.

Praksisbeskrivelse

Vidensopbygning i organisationen er første skridt mod at implementere TBT og for at gøre det, er det vigtigt 1) at øge fagpersoners og andre medarbejderes og lederes viden om traumer, traumeoplevelser og -reaktioner, 2) at styrke forståelsen af, at nogle handlinger og praksisser potentielt kan virke (re)traumatiserende og 3) sikre, at borgerne involveres i udmøntningen af TBT og principperne i praksis, herunder sikre, at personalet løbende drøfter TBT-principperne med borgerne, da der er forskel på, hvordan borgerne forstår principperne.

Viden om traumer vil være nyt for nogle medarbejdere (særligt dem, som ikke har en pædagogisk, socialfaglig eller terapeutisk uddannelse) og velkendt for andre. De fleste fagpersoner og ledere har allerede faglig viden om traumer og kendskab til traumereaktioner. De kender ofte til forskelle mellem traumer forårsaget af enkeltstående personlige eller upersonlige begivenheder (eksempelvis overfald eller ulykker) og traumer, som udvikles over tid, herunder særligt traumer forårsaget af tilknytningsmæssige overgreb af og svigt fra primære omsorgspersoner. Fagpersoner vil ofte også have viden om sociale og psykologiske konsekvenser af, at mennesker oplever traumer. Alt dette betyder, at efteruddannelse med fordel kan gives med forskellig intensitet og indhold, tilpasset de forskellige grupper af ansatte, fx sådan, at det kan være muligt at følge flere forløb over tid.

Vurderinger fra det kvalitative materiale peger på, at opkvalificering af personalegrupper gøres bedst ved en eller flere af følgende aktiviteter: 1) afholdelse

af temadage, 2) afholdelse af seminarer/kurser (in-house, eksterne eller online) og 3) efterfulgt af vidensdeling lokalt på tilbuddene, evt. via en medarbejderturnusordning.

Der kan med fordel etableres en fælles tilgang og et fælles sprog omkring traumer i sociale indsatser. Dette er en central forudsætning i at arbejde med TBT. Det er vigtigt, at TBT bliver et fælles referencepunkt for så mange ansatte som muligt, ikke kun pædagogisk, socialfagligt og terapeutisk personale men også for eksempel køkkenpersonale, receptionister og frivillige. Det skal være klart for alle, med hvilke interventionsteknikker man kan fremme de centrale TBT-principper.

Løbende øvelser kan understøtte, at der skabes et lokalt 'traumesprog' blandt både fagpersoner, ledere og øvrigt personale. Herigennem kan fokus på TBT være med til at udvikle en styrket 'samarbejdsånd' og kultur, hvor medarbejdere støtter hinanden og bakkes op af ledelsen i forhold til at anvende TBT i praksis. Samarbejde mellem kollegaer, fx i form af teamwork og fastholdelse af fokus på TBT, eksempelvis ved personalemøder, styrker muligheden for at forankre en traumebevidst faglig praksis. Men også gennemgang af organisationens procedurer og indsatser med henblik på at tilpasse dem principperne for TBT kan bidrage til sådan en udvikling.

De danske erfaringer peger endvidere på, at der bør være fast og systematisk supervision, gerne på både gruppeniveau og individuelt niveau. Supervision kan styrke fagpersoners viden og færdigheder i forståelsen af traumers kompleksitet og adfærdsmæssige manifestationer, og også på aktuelle opmærksomhedspunkter/traumeindikatorer hos målgruppen. At tilbyde personalet supervision kan også bidrage til, at man bliver bevidst om egne traumer og traume-triggere, hvilket underbygger princippet om tryghed. At arbejde med mennesker med traumer og komplekse psykiske eller sociale problemstillinger medfører en risiko for medarbejderes sikkerhed og oplevelse af tryghed. Medarbejdere kan også selv have traumer og derved selv risikere retraumatisering, 'indirekte' eller 'sekundær' traumatisering, og endelig kan medarbejdere udsættes for voldsomme oplevelser i forbindelse med deres arbejde, som kan virke traumatiserende. Supervision kan både bidrage til at begrænse følgerne af og forebygge traumatisering i arbejdet.

Samtidig må medarbejdere acceptere, at der er forskellige personlige grænser i en medarbejdergruppe, og medarbejderne skal være trygge i forhold til deres egne grænser. Eksempelvis skal medarbejdere være fleksible om, hvem der på et givent tidspunkt interagerer med en borger, som kan være i en form for øget alarmberedskab, og ledelsen skal have opmærksomhed på medarbejdernes arbejdsmiljø og potentielle behov for ekstra supervision og/eller støtte.

Særlige opmærksomhedspunkter: Det kan være en stor udfordring at anerkende, at en borgers destruktive eller aggressive adfærd skyldes traumer, som er bagvedliggende og i situationen utilnærmelige. Og det kan være særligt vanskeligt at erkende, at man som personale kan have forårsaget retraumatisering, som medfører (uforudsigelige) reaktioner hos borgeren, og som potentielt får negative konsekvenser for relationen mellem borgeren og personalet. Eller at erkende, at man som personale selv bringer traumer med ind i arbejdet. Her kan forskelle i faglighed blandt forskellige personalegrupper udgøre en ledelsesmæssig udfordring i forhold til at opstarte og fastholde videnstilegnelse og udførelse af TBT, som lokalt må tænkes ind i planlægningen. Også økonomiske forhold kan spille ind på, hvorvidt og i hvilken grad et socialt tilbud har mulighed for at sende deres personale på kursus i TBT eller tilbyde supervision.

5.1.2



Kerneelement 2. Skab tillid igennem relationsarbejde, tryghed og transparens

Definition: Der sikres opmærksomhed på at opbygge relationer til borgere – relationer, der er baseret på troværdighed og transparens for at sikre, at borgeren oplever at være tilstrækkeligt tryk til at indgå i et godt samarbejde og få en god og tillidsfuld relation til fagpersonen og andre ansatte i sociale indsatser.

Begrundelse:

Mange mennesker, som er socialt udsatte, har lav tillid til andre mennesker, hvilket kan skabe fremmedgørelse, medvirke til social isolation eller at gøre dem bange for at udvikle og indgå i relationer. Nogle traumer er forbundet med diskrimination på baggrund af eksempelvis psykisk sygdom eller misbrug andre med svigt fra andre mennesker (SAMHSA 2014). Sådanne traumer kan nedbryde den interpersonelle tillid, og dermed gøre det svært for borgerne at indgå i relationer. Dette er en barriere i forhold til recovery, og derfor er arbejde med relationer og tillid helt central.

Ifølge SAMSHA (2014) er tillid et centralt mål i TBT, som må forankres i organisationen og i den fagprofessionelle praksis. Uden tillidsvækkende relationsarbejde begrænses mulighederne for at arbejde effektivt med borgere med traumer (Wolf et al., 2014). Konsistens, forudsigelighed og transparens i relationsarbejdet understøtter borgernes oplevelse af tryghed og tillidsfuldhed.

Tillid opbygges gennem de sociale relationer mellem borgere og fagpersoner og er nødvendig for etablering af et trygt miljø for borgerne men også for personalet. Det vil sige, at det relationsarbejde, som foregår i sociale indsatser, skal være inkluderende, troværdigt, transparent og ligeværdigt.

Tryghed refererer både til fysisk, psykologisk og følelsesmæssig tryghed. I arbejdet med mennesker med traumer er det vigtigt, at personalet udviser accept og venlighed i 'hjælpe-relationen', idet traumer medfører både hjælpeløshed og frygt (Hopper et al., 2010). Tryghed, troværdighed og transparens er afgørende for, at man fx som socialfaglig medarbejder kan skabe en god relation til borgere, der har været udsat for traumer (Knight, 2015; Levenson, 2017). Men tryghed kan være vanskelig at operationalisere i praksis og afhænger af lokale kulturer og medarbejdere Levenson (2017).

Forudsigelige indsatsbeskrivelser styrker sammen med borgernes muligheder for at dedikere sig enten til en bestemt indsats eller til sammensætningen af en given indsats mulighederne for at arbejde effektivt med relationsarbejde (Kusmaul et al., 2019). En forudsætning for troværdighed her er, at magtfuldhed i videst muligt omfang ikke fører til en oplevelse af magtesløshed hos borgeren. Tryghed og transparens er altså vigtige nøgleord i TBT, som understøtter troværdighed og tillid til personalet.

Transparens er et komplekst begreb, der antager forskellige betydninger i forskellige organisationer (Devlieghere & Gillingham, 2021). Transparens skal støtte udvikling af tillid gennem en eksplicit og tydelig informationsproces, hvor de lovede konsekvenser følges til dørs (Oliver & Charles, 2016). Det vil sige, at der skal være konsistens mellem, hvad borgeren meddeles, og hvad der iværksættes. Konsistens virker tillidsskabende i sig selv og øger borgers oplevelse af formål med og sikkerhed i eksempelvis behandling, hvilket potentielt set muliggør større selvbestemmelse og empowerment (Oliver & Charles, 2016).

Tillid, tryghed og troværdighed styrkes altså gennem transparens, hvor fagpersoner tydeligt informerer borgere om beslutningsprocesser, fx om hvad der vil ske, hvem som gør hvad, hvornår, hvorfor og under hvilke omstændigheder (Wolf et al., 2014). Transparens handler om at give indsigt i processer og beslutninger, men også om tilstrækkeligt at begrunde og forklare beslutningerne, hvilket rækker ud over selve transparensen, idet der herved udvises lydhørhed over for borgeren og dennes behov (Devlieghere & Roose, 2018). Fagpersonens refleksioner og ræsonnementer om aktuelle situationer og processer som begrundelser for handlinger og beslutninger er ifølge Devlieghere & Gillingham (2021) forudsætninger for transparens i socialfaglig praksis. Generelt bør transparens efterstræbes på alle niveauer af en social indsats men altså inden for de rammer, som den sociale indsats og ledelsen har ansvar for at definere.

Praksisbeskrivelse

En tillidsfuld relation mellem borgere og personale beror på samarbejde, tryghed, transparens og på at 'møde borgeren i øjenhøjde'. Dette kræver vedholdenhed og tålmodighed fra personalets side. Også hvis det handler om, at borgeren med fordel kan starte i egentlig specialiseret traumebehandling, kan forudgående tillid være helt afgørende for, at borgeren føler sig tryk nok til at tage i mod tilbuddet. De danske vurderinger af en sådan proces er, at det som regel kræver tid at etablere denne type relation, så det bør man være opmærksom på.

I Danmark og i forhold til målgruppen for TBT fremstår relationsarbejde aktuelt som en ufravigelig del af den pædagogiske, socialfaglige og terapeutiske praksis. Imidlertid indeholder relationsarbejdet ofte forskellige mål for borgeren afhængig af den individuelle borgers specifikke situation og behov. For mange borgere vil etablering af tillid til indsatsen og til medarbejderne og at skabe tryghed potentielt være udslagsgivende for effektiviteten af de sociale indsatser.

I forhold til personalet består et særligt opmærksomhedspunkt i praksis i, at man som menneske har en grænse for, hvor meget man kan rumme af alvorlige sociale problemer uden at blive irriteret eller opgivende. TBT kan evt. hjælpe med at fastholde fokus på spørgsmål som "*hvad er det, der er på spil her, hvorfor er det, at den her person ikke rykker sig?*" (ekspert/psykolog).

En refleksion fra praksisbeskrivelsen er, at personalet med fordel kan overveje, hvordan det bedst giver mening for det enkelte menneske at blive mødt, og at tænke i at møde mennesker med omsorg og så vidt muligt opnå, at borgeren føler, at han/hun hører til. Dette er vigtigt og bidrager til, at borgeren lever et så tåleligt eller godt liv som muligt og dermed til recovery.

At være rolig og anerkendende kan understøtte tryghed og tillid for borgeren. En interviewperson fortæller, at det er meget vigtigt, at personalet bevæger sig roligt omkring, tager godt imod borgere, ikke løber stresset rundt og signalerer ordentlighed. Det er vigtigt at optræde imødekommende og tage imod mennesker på en anerkendende måde, ligesom det er vigtigt at sikre, at borgeren ikke føler sig mere sårbar, fremmedgjort eller usikker. Det handler om at understøtte borgerens oplevelse af, at her er et trygt rum og af 'at føle, at man hører til'. Som en interviewperson (praktiker) fortæller, har mange borgere et fravær af omsorgspersoner og af kærlighed i deres liv, og understreger, at dette i mange kontekster nok lyder 'uprofessionelt', men ikke desto mindre er det vigtigt som professionel at huske på.

Tryghed kan også understøttes ved for eksempel at spørge borgeren, om der er noget i situationen, som gør vedkommende utryk, eller spørge denne om,

hvilket sted vedkommende foretrækker at tale. Forslag til borgeren om 'walk and talk', altså at gå en tur sammen, kan styrke borgerens oplevelse af tryk-
hed til den specifikke person/medarbejder, som borgeren er sammen med

Et trygt miljø for borgerne kræver også, at personalet føler sig tryk i det rum, hvor de er sammen med borgeren. Det betyder i praksis, at der skal arbejdes med forebyggelse af konfliktsituationer, hvor personalet bliver bange for borgeren. At skabe tryk handler således ikke kun om at tage sig af den enkelte, borger såvel som personale, men også at skabe trykke rammer, hvor andre borgere og medarbejdere skærmes fra eventuelle konflikter og tilspidsede situationer med andre borgere.

Transparens. Niveaue af åbenhed om, hvilke informationer et socialt tilbud anvender til at foretage beslutninger, og hvordan beslutningsprocesserne er indrettet, er et vigtigt ledelsesansvar, og dette niveau varierer fra indsats tilbud indsats. Tilsvarende kan fagpersoners grænser for, hvordan beslutningsprocesser og deres udfald deles med borgere, også være forskellige, og også her er ledelsens ansvar for den samlede kommunikation vigtig.

På et mere formelt plan kan fokus på transparens være medvirkende til at håndhæve borgernes rettigheder, herunder deres adgang til handleplaner. I dette perspektiv kan oprettelse af et borgernævn eller en borgertillidsperson være relevant. Tilsvarende er en pointe fra praksisbeskrivelsen, at relevant viden om individuelle borgeres traumer med fordel kan dokumenteres på en elektronisk platform, og at det sikres, at disse informationer overdrages til og deles med øvrige relevante medarbejdere, som har med borgeren at gøre.

Særlige opmærksomhedspunkter: Sociale relationer mellem en medarbejder og en borger påvirkes af ydre omstændigheder, som fx ytringer og handlinger fra andre borgere. Når en fagperson foreslår en borger at opsøge en psykiatrisk screening, for eksempel ved udviklingstraumer, vil det i udgangspunktet være en fordel at have en tillidsfuld relation mellem borger og fagperson. Hvis ikke relationen til fagpersonen i udgangspunktet er tryk og vurderes at være tilstrækkelig tillidsfuld for borgeren, kan sådanne forslag fra fagpersoners side skabe utilsigtet afstand og mistillid. Det kan endvidere forstærke oplevelsen af magtfuldhed set fra borgerens perspektiv, hvis ikke der er tillid – derfor er transparens og relationsdannelse vigtig.

Fagpersoner skal både støtte borgere på et individuelt niveau og agere ud fra strukturelt og institutionelt forankrede procedurer og regler. Endelig er det vigtigt at bemærke, at transparens ikke altid opfattes på samme vis af henholdsvis brugere og personalet. Derfor er det nødvendigt, at personalet sikrer, at borgeren tager aktiv del i at udpege og italesætte, hvor og hvilken transparens der er væsentlig for at fremme tillid og tryk i relationen.

5.1.3



Kerneelement 3. Fysiske rammer og arbejdsmiljø skal fremme oplevelsen af tryghed

Definition: Tryghedsskabende fysiske rammer og et positivt arbejdsmiljø for personalet understøtter både borgernes og medarbejderes oplevelse af fysisk såvel som psykologisk og følelsesmæssig tryghed.

Begrundelse: Det er vigtigt at indrette fysiske rammer på måder, som fremmer borgernes og personalets oplevelse af tryghed, fordi samarbejdsrelationerne derved kan styrkes (SAMHSA, 2014). SAMHSA anbefaler sammen med en række andre studier, at fysisk indretning er overskuelig og sigter imod åbenhed, transparens og synlighed både af hensyn til borgere og fagpersoner.

Beliggenhed, rummelighed og indretning af de fysiske omgivelser og personalets arbejdsmiljø er medbestemmende faktorer for, hvordan borgerne kan interagere med hinanden og med personalet, og dermed også for, om der opstår uønskede konfrontationer med risiko for traumatisering eller retraumatisering. Disse faktorer kan bidrage til at skabe gode rammer for at forebygge dette.

I forhold til borgeren er det et centralt element i TBT (Levenson, 2017) at skabe rum, hvor borgeren føler sig tryk helt fra første møde med personalet. På borgerniveau fremmer tryghedsskabende fysiske rammer og et positivt arbejdsmiljø mulighederne for at dedikere sig til eksempelvis den sociale indsats, som borgeren får. Litteraturen peger på, at gennem styrkelse af borgernes oplevelse af tryghed opnår borgeren en større oplevelse af kontrol og af, at egne udfordringer er mulige at overkomme (safety-related empowerment) (Goodman et al., 2015). På personaleniveau understøtter sådanne rammer et effektivt arbejde, og et positivt arbejdsmiljø langtidssikrer personalets ressourcer.

Praksisbeskrivelse: Den fysiske indretning af en socialt indsats eller et socialt tilbud kan med fordel reflektere sammensætningen af målgruppen på det pågældende tilbud. Der kan være mange forskellige forhold i den fysiske indretning, som påvirker mennesker med traumer og deres oplevelse af tryghed, fx bestemt rummelighed, mørke, lysfrekvens osv. Udbredt viden blandt personalet om kendte traume-triggers kan også styrke opbygningen af tryghed og tillid mellem personale og borgere og medvirke til at udpege forhold i den fysiske indretning, som med fordel kan tilpasses. Nogle borgere vil formentlig også blive bedre i stand til at påpege potentielle traume-triggers, når de begynder at opleve tryghed over for personalet. Netop derfor er tillidsfulde relationer helt essentielle i TBT (jf. kerneelement 2).

I de kvalitative interview påpeger praktikere, at negative minder fra tidligere, fx fra detentionen eller små og hvidmalede rum og lys fra lysstofrør, som disse borgere ikke finder trygge, også kan være traume-triggers.

Indretning og rummelighed udgør en vigtig dimension i det tryghedsskabende relationsarbejde med borgere med traumer, hvilket underbygges af det kvalitative materiale. Det kan for eksempel være indretning af lokaler, så de ikke ligner hospitaler, og som giver oplevelsen af 'hjemlighed', prioritering af at have et roligt miljø, en tilpas og rar (indirekte) belysning, mulighed for lysdæmpning, god akustik og støjreduktion, grønne planter, og at det grundlæggende opleves rart at være der.

Her er en række eksempler til inspiration. På herberger, hvor nogle borgere kan være påvirkede eller aggressive, kan med fordel anlægges åbne udendørs områder, hvor risikoen for at blive trængt op i en krog er minimal. Borgere, som har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, og kvinder og mænd, som sælger sex, har ifølge Reid et al. (2021) behov for at kunne opholde sig på steder, hvor køn ikke udgør en risikofaktor (fx *women-only spaces*). Det gælder også fx kvinder, som er hjemløse, og som kan have erfaringer med seksuelle overgreb på gaden og på bosteder (Benjaminsen et al., 2018). Det handler om, at borgeren oplever tryghed og ikke frygter, at de kommer i situationer, hvor de (igen) føler sig magtesløse og i fare og dermed er i risiko for retraumatisering. Dette gælder ligeså vel personalet. Flere udgange, mange vinduer og ingen mørke hjørner er tre øvrige pejlemærker for rummelighed, som hovedparten af de eksisterende danske sociale indsatser kan efterleve, selvom hvad der opleves trygt eller utrygt, formentligt i vid udstrækning afhænger af individuelle erfaringer.

Der findes en række redskaber til at vurdere niveauet for, hvor meget en organisations fysiske indretning er traumebevidst. Der findes eksempelvis *Trauma-Informed Facility Assessment*, (Hopper & Spinazzola, 2006). Vurderingen foretages ud fra en række karakteristika vedrørende fx fysisk tryghed og muligheder for privatliv/fortrolighed mv.

Der er også eksempler i litteraturen og fra praksis på arbejde med borgere såvel som personalets individuelle tryghedsplanlægning (*safety planning*). Sådanne tryghedsplaner, som kan antage flere former lige fra personlige samtaler til mere udfoldede skriftlige planer. Et eksempel på en sådan model er *The Sanctuary Model* (Bloom, 2007), der er en evidensbaseret metode, som har til formål at udvikle en tryghedskultur i en TBT-organisation, der understøtter borgeres recovery-proces med at komme sig fra de negative virkninger af traumer. Både personale og borgere bør i en TBT-organisation udvikle og have en personlig, individuel tryghedsplan, der bl.a. har fokus på følelshåndtering og beskrives som en liste over tryghedsunderstøttende aktiviteter, som en person kan vælge, når denne føler sig overvældet, utrygt eller stresset.

Særlige opmærksomhedspunkter: Steder hvor der kan opstå svære situationer og konflikter, er fokus på personalets sikkerhed central for at kunne anvende TBT. Derfor kan det være nødvendigt at planlægge at etablere ekstra udgange, når sociale indsatser og tilbud alligevel renoveres eller moderniseres eller når der skal bygges nyt. Som en centerleder på et tilbud efter § 110 påpeger, er det 'bedre, at en arrig bruger slår på en udendørs potteplante end på personalet', hvilket er et eksempel på at skabe vigtig traumebevidst fysisk rummelighed.

5.1.4



Kerneelement 4. Borgerens ejerskab over egen situation og styrke til at handle (empowerment) fremmes

Definition: At samarbejde med borgeren om, at han/hun tager ejerskab over egen livssituation, og styrke borgeren i at håndtere deres tilværelse.

Begrundelse: Empowerment er en vigtig målsætning for TBT (og for recovery), der kræver ligestilling og troværdighed i relationen mellem medarbejdere og borgere samt medarbejderes forståelse af, at denne relation i sig selv kan bidrage til at minimere traumernes negative konsekvenser. Shier & Turpin (2017) fremhæver, at udvikling af traumebevidste rum kan bidrage til at identificere de nøgledimensioner i empowerment-processen, som er mest effektive i arbejdet med recovery. At arbejde med empowerment vil sige, at medarbejdere søger at være proaktiv i forhold til at undgå magtubalancer i relationen og at dyrke samarbejdet med borgeren på en respektfuld måde. Det kan være, at medarbejderen i det enkelte tilfælde vurderer, at det er hensigtsmæssigt at være særligt opmærksom på at tage højde for kultur og sprog. At have viden om traumer og at være opmærksom på, hvordan den kulturelle kontekst har betydning for, hvordan traumer kommer til udtryk, er befordrende for at møde borgeren på konstruktive og passende måder. Det kan også være at sikre, at den traumatiserede borger får mulighed for at lære at dele sine følelser med andre og at udvikle en stærkere forståelse af sig selv og for andre – også for at begrænse risici for følgende retraumatisering og for at aktivere traume-triggers. Fallot & Harris (2002) beskriver for eksempel, hvordan empowerment kan igangsættes systematisk på såvel individuelt niveau som på gruppeniveau.

Kerneelementet handler altså om at sikre og støtte, at borgerne tager så meget ejerskab over deres eget liv, som det er muligt for den enkelte. Styrkelse af borgernes omstændigheder (fx bolig, økonomi og socialt netværk) skaber også empowerment (Elliott et al., 2005), ligesom hensyntagen til og respekt for, at borgeren kan have været udsat for krænkelser, magtmisbrug, tvang eller have været udnyttet, er meget væsentligt.

Generelt vil manglende forståelse for traumer udgøre en barriere for empowerment af borgere med mulige traumer. Med en TBT-forankret indretning af den sociale indsats, som tager afsæt i en grundlæggende forståelse for borgernes problemstillinger, er der mulighed for at styrke empowerment af borgeren (Elliott et al., 2005; Levenson, 2020). Samarbejdsrelationen kan i sig selv være empowerment-skabende, når den giver borgerne indflydelse på mål og midler til målopnåelse (Knight, 2019). I det kvalitative materiale bliver det beskrevet, hvorfor det er vigtigt at sætte fokus på menneskers kompetencer, autonomi og selvbestemmelse. Dette forklarer en interviewperson med, at det 'styrker menneskets evner til at være menneske', hvor borgeren i tråd med recovery udvikler mening, håb og nye måder at forstå og håndtere situationer på, og hvor tidligere erfaringer med traumatiske hændelser anskues i nye perspektiver og måske bedre kan accepteres.

SAMHSA (2014) fremhæver styrket peer-støtte som et vigtigt princip for TBT, og Elliot et al. (2005) finder, at sociale indsatser og tilbud udemærket kan få dækket konkrete ydelser af eksterne peer-drevede indsatser. Elliot et al. (2005) nævner bl.a. Anonyme Alkoholikere som en peer-gruppe, der kan være til gavn for borgere i behandling for alkoholmisbrug eller som et tilbud efter afsluttet behandling. Borgere med traumer kan tilegne sig empowerment ved at tage del i indsatser drevet af peers både på og uden for de sociale tilbud (Hopper et al., 2010).

Praksisbeskrivelse: Et samarbejde med borgeren bør tage udgangspunkt i borgerens egne mål, ønsker og behov i indsatsen, sådan at borgerens muligheder for at tage ejerskab (empowerment) over sig selv og sin situation understøttes og styrkes. At understøtte borgerens empowerment handler om at hjælpe og støtte borgeren til at opleve mere ejerskab over sin situation og i højere grad opleve at kunne tage styringen af sit eget liv. Når borgeren således oplever at blive mødt, set og hjulpet af den fagprofessionelle indsats, kan denne forstås som recovery-understøttende rehabilitering (Rehabiliteringsforum Danmark & Marselisborgcentret, 2004).

I en dansk socialfaglig kontekst udgør borgerne og deres respektive problemstillinger altid et nødvendigt udgangspunkt for de sociale indsatser. Samtidig varierer graden af borgerinddragelse i forhold til sammensætningen og udførelsen af den konkrete indsats på det sociale område. Forsøg på at fastsætte en universel praksis for, hvordan individuelle borgers selvansvar kan styrkes, findes i recovery-tilgangen, hvor medarbejdere, peers og peer-støttemedarbejdere bidrager til at støtte borgeren i selv at definere sin vej og i at træffe egne beslutninger.

En pointe fra et interview med praktikere er, at når en borger identificerer sig meget med traumerne eller de voldsomme begivenheder, som ligger til grund,

er målet for personalet sammen med borgeren at finde og fokusere på borgers ressourcer og kompetencer ved at identificere og fremhæve nogle af borgerens øvrige narrativer. Det er således centralt at understøtte borgernes ressourcer i forhold til at kunne komme sig efter traumer.

I dette kerneelement er fokus på borgerens ønsker, håb og drømme, som del af en recovery-proces. Dette kan fx ske gennem indgående inddragelse af borgeren i udarbejdelsen af handleplanens fokusområder – fx borgerens personlige målsætninger, fortrolighed i forhold til pårørende samt eventuelle ønsker om at påtage sig et medansvar for driftsopgaver på det respektive sociale tilbud. Deltagelse i madlavning eller havearbejde kan også være eksempler herpå, forudsat, naturligvis, at borgeren oplever det som sådan.

Inddragelse i hverdagen. De fleste sociale indsatser og tilbud i Danmark giver borgere mulighed for at deltage i driften i et eller andet omfang – fx ved at hjælpe med madlavning, oprydning, pasning af haver, gå ture med borgere, som har brug for det osv. Disse indsatser kan udgøre en vigtig baggrund for empowerment og recovery.

At sætte fokus på menneskers kompetencer, autonomi og selvbestemmelse handler om at hjælpe borgeren med at få øje på andre ressourcer eller narrativer end dem, som måske har mest opmærksomhed i borgerens liv.

Peer-to-peer fællesskaber kan udgøre en særlig ramme for empowerment, som inkluderer deltagelse af bl.a. pårørende til borgere med traumer og borgere med traumer, som ikke længere er i behandling, og i nogle situationer ressourcestærke borgere, som er i behandling.

På nogle socialpsykiatriske tilbud indgår peer-støtter eller pårørende i funktioner, der ikke kræver uddannet personale, men hvor personlige erfaringer udgør en vigtig forudsætning for interaktioner med borgerne. Peer-to-peer fællesskaber kan bidrage til, at borgeren får nye relationer og opbygger sine individuelle og sociale ressourcer.

Empowerment kommer til udtryk ved, at borgeren får mulighed for at bruge sig selv og få ejerskab over beslutninger og retning på egen tilværelse, men også til at få lov at give noget videre til andre og at være støtte for andre mennesker. Organisationens understøttelse af sådanne *peer-støtters'* engagement, og i at de formidler personlige erfaringer, kan understøtte borgerens oplevelser af at føle sig forstået og respekteret. Desuden har engagement og personlige erfaringer potentiale til at løfte kvaliteten i sociale indsatser og tilbud yderligere, idet *peers* kan understøtte, at borgerne oplever at føle sig forstået og respekteret, hvilket kan understøtte det fagligt funderede arbejde på et socialt tilbud.

Særlige opmærksomhedspunkter: Mennesker med traumer kan anvende mestringsstrategier, som i borgerens perspektiv, og bl.a. ud fra borgerens erfaring med at 'mestre' sit liv, kan virke logiske og naturlige, men kan for fagpersoner fremstå som destruktive og potentielt retraumatiserende, fx brug af stoffer eller grænsesøgende adfærd. Det er væsentligt at være opmærksom på, at dette kan stå i kontrast til umiddelbare faglige og almen menneskelige vurderinger. Empowerment kan således vanskeliggøres af borgernes livssituation og deres valghandlinger (mestringsstrategier), for eksempel hvis de er meget destruktive/selvskadende.

Peers udgør et vigtigt, bærende princip i TBT anbefalet af SAMHSA, og peers har vigtig viden og nyttige erfaringer i forhold til at interagere med borgere med traumer. Det kræver også prioritering, ressourcer og opmærksomhed – ikke mindst fra ledelsen side – at integrere *peer-grupper* i de sociale tilbuds personalesammensætning og ydelser.

5.1.5



Kerneelement 5. Traumebevidst samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer

Definition: Understøt samarbejde på tværs af faggrupper inden for en organisation og mellem sektorer og organisationer ved at imødekomme forskellige områder af borgernes behov og problemstillinger med et fælles, fagligt fokus på og bevidsthed om borgernes mulige traumer.

Begrundelse: Internationalt foregår en bevægelse i TBT-vidensfeltet henimod koordinerede og tværsektorielle tilgange til sociale problemer (Bethell et al., 2017; Ko et al., 2008)¹³, idet en lang række af problematikker er relateret til traumereaktioner (Felitti et al. 1998). Alle involverede aktører i en borgerrettet indsats og på et socialt tilbud er relevante for borgernes recovery og empowerment (Drabble et al., 2013; Loomis et al., 2019). Kontinuitet i tilgangen til borgerne og et fælles fokus på borgernes ressourcer og muligheder udgør kernen i den mest effektive form for kollektiv respons (Loomis et al., 2019).

Trods begrænset empirisk forskning og viden om betydningen af samarbejde for udbredelsen af TBT viser et nyere enkeltstudie et eksempel på, at en samarbejdsmodel kan understøtte indførelsen af TBT gennem fx etablering af standarder for tillid og gennemsigtighed og ved at implementere politikker, der prioriterer tillid, sikkerhed og empowerment (Ball et al., 2021).

Erfaringer i litteraturen og fra vores interviews peger på, at det potentielt kan være retraumatiserende, når en borger i mødet med forskellige aktører og

¹³ Et projekt i Norge, 'Felles innsats for barn og unge – Oslo som traumeinformert by' kan ses som eksempel herpå (Østmoe, 2020).

sektorer i velfærdssystemet skal genfortælle sin historie, som også kan indeholde referencer til voldsomme og traumatiserende oplevelser.

Fra et borgerperspektiv kan manglende overlap imellem sociale indsatser ifølge en interviewperson, som har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, opleves som 'useriøst' og give en følelse af ikke at blive taget alvorligt og af magtesløshed.

Samarbejde mellem medarbejdere på enkeltstående sociale tilbud giver medarbejderne en bedre ballast i forhold til at agere traumebevidste. Videndeling bliver derved en vigtig mekanisme i forhold til at udbrede og fastholde TBT i indsatsen på tværs af de samarbejdende aktører. Samarbejde om borgeren på tværs af indsatser og tilbud og medarbejdere kan også bidrage til at skabe øget tryghed for borgerne og stabilitet i deres indsatsforløb.

Begrænset samarbejde mellem faggrupper eller mellem sektorer udgør ifølge Ball, Bowen & Jones (2021) en væsentlig barriere for TBT. Samarbejde beror på stærke partnerskabsplaner og fælles dagsordener mellem relevante, involverede aktører i en samlet indsats og for så vidt muligt også fælles beslutninger om støtte til og eventuel behandling af en borger. Potentielt set fordrer dette en dialog mellem forskellige aktører, som har betydning for borgeren og en åben strategi for, hvordan TBT-principperne bedst muligt tilpasses indsatsen i forhold til den enkelte borger.

Effektiv forebyggelse af og fokus på traumer kræver meningsfuldt samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer (Ball et al., 2021), som undersøger modellen *Collective Impact* (CI) (Kania & Kramer, 2011) integreret med TBT. Ball, Bowen & Jones (2021) fremhæver, at CI, ligesom TBT, har et eksplicit mål om at skabe indsatser til udsatte/sårbare på måder, der styrker empowerment, er respektfulde i forhold til borgeres komplekse behov og oplevelser, og som kan styrke borgernes udbytte af indsatsen.

Praksisbeskrivelse

Alle involverede aktører kan med fordel være fælles om at støtte borgerne på relevante områder ved at arbejde med helhedsorienterede indsatser, fx i forbindelse med udarbejdelse af handleplaner og én sammenhængende plan. Hvis man på relevante områder, som borgerne har berøring med, ønsker at fremme og integrere principperne for TBT, kan det med fordel gøres gennem allerede eksisterende samarbejdsflader, fx gennem Åben Dialog, Assertive Community Treatment (ACT) eller andre eksisterende modeller og netværk på det sociale område i Danmark. Selve samarbejdsmodellerne kan også tænkes i sig selv at have fordele ved at integrere TBT-principperne, idet de må forventes at kunne understøtte selve samarbejdet mellem aktører, herunder også

med borgeren og inddragelse af borgeren. Så der er klare potentialer for TBT, men der er samtidig sparsomt med viden, hvordan TBT i praksis indarbejdes i aktuelle samarbejdsplader.

Hverken CI eller TBT, som det er beskrevet i SAMHSA (2014), giver konkrete guidelines til, hvordan man fx sikrer, at aktørerne samarbejder, eller hvordan borgernes perspektiver styrkes i beslutningsprocesser (Ball et al., 2021).

Særlige opmærksomhedspunkter: Indførelsen af samarbejdsmodeller som CI eller andre tilsvarende modeller, som indbefatter tværsektorielt arbejde, kræver i udgangspunktet et relativt stort ressourceforbrug. Men i det omfang der allerede er udviklede praksisser for samarbejde på tværs, evt. via nævnte eller andre samarbejdsmodeller, er der mere tale om, at tilføje nye perspektiver via TBT i eksisterende samarbejdspraksisser.

5.1.6 **Kerneelement 6. Måltrettet implementering af TBT er en længerevarende forandringsproces**



Definition: Implementering af TBT håndteres som en proces, hvor idealet om at arbejde traumebevidst igangsætter en organisatorisk forandringsproces af den sociale indsats og på de sociale tilbud, der i praksis får indflydelse på arbejds- og organisationskulturen.

Begrundelse: TBT har potentiale til at forandre eksisterende værdier, og faglige perspektiver og praksisser i sociale indsatser og tilbud. Derfor kræver implementering af TBT, at ledelsen er tydelig om, at indførelsen af TBT indebærer, at der skabes en fælles organisationskultur, som udspringer af relationer mellem kollegaer, og hvor alle bidrager til løbende opbygning af fælles forståelser og praksisser (Loomis et al., 2019). Et stærkt arbejdsfællesskab kan være nødvendigt, for at den enkelte kan rumme borgernes traumehistorier og håndtere episoder forårsaget af traumatisk stress (ibid.). At skabe et sådant stærkt arbejdsfællesskab kræver vedholdenhed og faglig udvikling.

Praksisbeskrivelse: Med afsæt i den eksisterende organisationskultur i et socialt tilbud kan TBTs kerneværdier fra SAMHSA forankres via ledelsen, fx gennem stillingsbeskrivelser, nedskrevne politikker og procedurer samt via kompetencegivende seminarer, personalemøder, supervision og åbne møder mellem ledelse, fagpersoner og borgere. Tiltag måltrettet løbende opfølgning på fagpersoners og borgeres tilfredshed er nødvendige, hvorfor det kan være en fordel med en refleksiv tilgang til TBT, fx baseret på åben dialog og med fastlagte feedback-mekanismer (evt. via afdelingsmøder).

Der eksisterer forskellige redskaber til at monitorere og evaluere implementering af TBT (se Champine et al. (2009) for et ældre systematisk review heraf og Champine et al. (2019) og næste afsnit 5.2 for udvalgte eksempler på redskaber). SAMHSA (2014a) beskriver, hvordan en organisations 'traumebevidsthed' afhænger af dens muligheder for at indtænke TBTs grundlæggende principper og forudsætninger i den strategiske planlægning, for at styrke sikkerheden for borgere og fagpersoner samt for at understøtte et trygt peer-to-peer fællesskabsorienteret miljø.

Særlige opmærksomhedspunkter: Det kan være nødvendigt for såvel ledelse og fagpersoner at erkende, at et nyt eller styrket fokus på TBT og traumer i nogen grad risikerer at udstille sider af den eksisterende praksis som uhenigtsmæssig i forhold til at håndtere borgernes traumer og deres konsekvenser. Det kan derfor være væsentligt løbende at drøfte og fastholde fokus på formålene med TBT, da den generelle opbakning til TBT er en nødvendig forudsætning for at kunne implementere TBT i en organisation.

Forandring af organisationskultur gennem ledelsestiltag, såsom ændringer af politikker og procedurer, må anerkendes som en længerevarende proces, der løbende må prioriteres, men også have tid til at udvikle sig. Dette er en væsentlig erfaring i litteraturen.

5.2 Implementering og modning af TBT

Implementering af TBT berører organisationskulturen og er samtidig en bevægelse væk fra en forståelse af, at negativ eller uforståelig adfærd og lidelse er centrale kendetegn ved udsatte borgere, og mere i retning af bedre forståelse for, hvordan for eksempel overgreb i barndommen og igennem livet har betydning for det efterfølgende livsforløb. Med TBT erstattes spørgsmål om, hvad borgerne fejler, af spørgsmål om, hvad der er hændt dem.

Forankringen af TBT i en organisation forudsætter: 1) ledelsesengagement og forpligtelse til forandring, 2) opbakning til værdigrundlaget for TBT blandt ansatte, 3) idérighed og vilje til at 'eksperimentere' med fagligt funderede principper og 4) organisatorisk evne til at indføre ny viden og værdier i organisationen og til at identificere relevante udviklingsområder (Elwyn et al., 2017; Isobel & Delgado, 2018; Isobel & Edwards, 2017; Kusmaul et al., 2019; Loomis et al., 2019). En interviewperson peger på, at implementeringen også kræver, at de ansatte bliver inspirerede og finder det meningsfuldt. Forandring af organisationskultur sker som udgangspunkt gennem ledelsestiltag, såsom ændringer af politikker og procedurer, og er en længerevarende proces, der løbende må prioriteres og have tid til at udvikle sig, så inspirationen og motivationen fastholdes.

Den konkrete udformning af TBT og perspektivet på TBT-principperne kan se meget forskelligt ud og er afhængigt af typen af social indsats og tilbud, de ansattes faglige baggrund, roller og funktioner og den konkrete målgruppe. At implementere TBT indebærer endvidere udvikling af en fælles orientering, forståelse og sprog, som igen forudsætter en større kulturforandring, der ikke sådan lader sig standardisere eller ensrette. Baseret på erfaringer fra en bred udrulning af TBT i Norge argumenterer Østmoe (2020), at implementeringen kræver lokal operationalisering, således at ledere og medarbejdere sammen kan lægge en strategi for, hvordan implementering kan foregå i den respektive organisation. Det vil sige, at det altid kræver, at TBT-principper og værdier operationaliseres og konkretiseres lokalt.

Litteraturen peger på, at det er tids- og ressourcekrævende at arbejde med TBT. Dog kan niveauet for og skaleringen af arbejdet med TBT se meget forskelligt ud i forskellige organisationer. I litteraturen om TBT beskrives mange konkrete aktiviteter, som kan understøtte denne proces i en given organisation, heraf er nogle beskrevet i prototypen og i litteraturreviewet.

Et eksempel på TBT-inspireret metode, der er udviklet til at forandre en organisationskultur mod at arbejde efter TBT, er the Sanctuary Model (Bloom & Farragher, 2013; Bryson et al., 2017). Det er en evidensbaseret metode, som har til formål at udvikle eller forandre en organisationskultur, som er designet til hjælpe borgere med recovery fra de skadelige effekter af traumer. Denne metode har til formål at understøtte en proces mod at gøre en organisation traumebevidst ved hjælp af implementering af en række traume-sensitive elementer (fx individuelle tryghedsplaner) og med fokus på tryghed, følelseshåndtering, sorg og frigørelse (Bloom, 2007).

Vi har ikke kendskab til alle redskaber, der findes i litteraturen, som kan benyttes til at monitorere og måle implementeringen af TBT. Men vi har i vores litteratursøgning mødt en række eksempler på redskaber, som er udviklet med det formål. Et af disse eksempler er udviklet på hjemløseområdet under navnet *Trauma-Informed Organizational Toolkit* (Guarino et al., 2009). Redskabet giver konkrete guidelines til at modificere praksisser og politikker i implementeringen af TBT. Det består af et selvvurderings-spørgeskema til samtlige aktører inden for en organisation. Et andet redskab er TICOMETER (Bassuk et al., 2017), som vi beskriver i litteraturreviewet. Et tredje redskab, som adresserer brugerperspektivet i vurderingen af TBT-implementeringen er *Trauma-Informed-Practice Scales*, gør det muligt ud fra et brugerperspektiv at monitorere borgernes oplevelser af TBT (Goodman et al., 2016).

6 Konklusion

Undersøgelsen finder, at der er potentiale for at implementere TBT i sociale indsatser i Danmark og for at arbejde systematisk med denne tilgang. Brugere/brugerrepræsentanter, medarbejdere, ledere fra sociale tilbud og eksperter vurderer, at TBT i sociale indsatser og tilbud kan understøtte en fortsat styrkelse af eksisterende indsatser til borgere, som er socialt udsatte, og som ofte har traumer. Et videre udviklingsarbejde med prototypen og med at integrere kerneelementerne i eksisterende praksis i sociale indsatser og tilbud kan medvirke til, at interaktionen med borgeren foregår på en måde, som fremmer borgerens recovery-proces, bl.a. ved at minimere risiko for retraumatisering og ved at styrke relationen mellem borger og personale.

Vurderingerne er helt overvejende positive, men det betyder ikke, at der ikke kan være udfordringer med at implementere TBT i praksis. De fleste interviewpersoner har ikke konkrete erfaringer med TBT fra praksis, men undersøgelsens litteraturreview fremhæver en række væsentlige forudsætninger og faktorer, der er relevante for en god implementering af TBT. Traumebevidst tilgang forudsætter, at personalet har en tilstrækkelig viden om traumer og en klar forståelse af, at voksne, som er socialt udsatte, ofte har traumer.

Det er muligt at understøtte en generel og igangværende udvikling af recovery, som mange sociale indsatser og tilbud i dag orienterer sig mod, gennem at fremme et systematisk arbejde med og fokus på traumer, ligeværdige partnerskaber, håb og selvbestemmelse. Interviewpersonerne vurderer også, at TBT i eksisterende praksis vil understøtte eksisterende recovery-orienterede metoder. Det er vigtigt at bemærke, at TBT har meget til fælles med recovery og har potentiale til at understøtte grundlæggende mål for en recovery-orienteret tilgang. Dette ses bl.a. i den fælles forståelse af, at menneskers trivsel til dels beror på individuelle forhold, dels afhænger af individets sociale relationer og deltagelse i sociale fællesskaber. Det er derfor VIVEs vurdering, at TBT med fordel kan afprøves på det sociale område, men også i andre sektorer, som borgere, der er socialt udsatte, typisk har berøring med, fx i jobcentre, på uddannelsesinstitutioner m.fl.

Med udgangspunkt i vidensafdækningen har vi udviklet en prototype for TBT på det sociale område, som er VIVEs bedste bud på en prototype, som sociale indsatser og tilbud kan videreudvikle, tilpasse og konkretisere. Prototypen har et generisk format, som tager udgangspunkt i SAMHSAs seks kerneprincipper for TBT: 1) tryghed, dvs. både fysisk, psykologisk og følelsesmæssig tryghed, 2) transparens, 3) peer-støtte, 4) samarbejde og gensidighed, 5) ejerskab over sit liv og 6) kulturel kontekst. Prototypen tager desuden udgangspunkt i SAMHSAs fire forudsætninger for TBT, nemlig personalets 1) *bevidstgørelse* af

traumer, 2) *genkendelse* af symptomer på traumer, 3) evne til at *respondere* fornuftigt på genkendelser af traumesymptomer og 4) aktive stræben efter at *undgå retraumatisering*.

TBT er ikke en standardiseret metode, men en tilgang til mennesker, som er baseret på de seks ovenfor nævnte principper og de fire forudsætninger. Principper, som på trods af intuitiv og positiv genklang blandt mange ansatte på sociale tilbud, kræver en målrettet indsats at implementere og arbejde systematisk med. Men en given organisations implementering af TBT og dens grundlæggende principper og værdier må altid tilpasses til den lokale kontekst, så TBT balancerer i forhold til den specifikke organisations indsats til borgere og dens konkrete målgruppe og ressourcemæssige rammer (fx økonomi og personale og forskellige fagligheder og funktioner). Dette er en væsentlig forudsætning, som kræver særligt ledelsens men også medarbejdernes aktive engagement, viser erfaringerne som beskrevet i litteraturen og fra praksis. Lokale karakteristika i sociale tilbud må under alle omstændigheder tænkes ind i den specifikke udmøntning af kerneelementerne, som beskrevet i prototypen, i den enkelte organisations implementeringsarbejde.

Undersøgelsen konkluderer samlet set, at sociale indsatser og tilbud i Danmark har gode forudsætninger for at arbejde videre med og udvikle en systematisk brug af TBT, da der synes både at være interesse for TBT og viden om traumer. På basis af udviklingen af prototypen vil forsøg på at implementere TBT kræve en nøje operationalisering af de enkelte kernelementer i den specifikke organisation, og vi vurderer, at der derved vil være gode betingelser for succesfuld implementering. Prototypen for TBT kan derved understøtte eksisterende praksis i sociale indsatser og tilbud og fremme en systematik og bevidsthed omkring traumer hos borgere, som er socialt udsatte.

Litteratur

- Ball, A., Bowen, E. A., & Jones, A. S. (2021). Integrating trauma-informed care and collective impact: Perspectives of service providers working with cross-system youth. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 12(1), 59–81.
- Bassuk, E. L., Unick, G. J., Paquette, K., & Richard, M. K. (2017). Developing an instrument to measure organizational trauma-informed care in human services: The TICOMETER. *Psychology of Violence*, 7(1), 150–157.
- Becker-Blease, K. A. (2017). As the world becomes trauma-informed, work to do. *Journal of Trauma and Dissociation*, 18(2), 131–138.
- Benjaminsen, L., Grønfeldt, S. T., Bom, L. H., Fynbo, L., & Schmidt, A. (2018). *Hjemløshed blandt kvinder i Danmark: En kvalitativ interviewundersøgelse*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., & Nandrup, A. B. (2020). *Housing First i Odense: En undersøgelse af indsatsens resultater og økonomiske aspekter*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., Nielsen, I. K., Møller, M. S., & Amilon, A. (2017). *Assertive Community Treatment (ACT) - metodebeskrivelse: For borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug*. Rambøll, Socialstyrelsen & VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Bethell, C. D., Solloway, M. R., Guinosso, S., Hassink, S., Srivastav, A., Ford, D., & Simpson, L. A. (2017). Prioritizing Possibilities for Child and Family Health: An Agenda to Address Adverse Childhood Experiences and Foster the Social and Emotional Roots of Well-being in Pediatrics. *Academic Pediatrics*, 17(7), 36–50.
- Bloom, S. L. (2007). The sanctuary model of trauma-informed organizational change. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 48–53.
- Bloom, S. L., & Farragher, B. (2013). *Restoring Sanctuary: A New Operating System for Trauma-Informed Systems of Care*. Oxford University Press.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterede praksisser: En systematisk vidensopsamling*. Dansk udgave. NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Bride, B. E. (2011). *Collateral damage: The impact of caring for persons who have experienced trauma*. (Video). Presentation for the Buffalo Center for Social Research Distinguished Scholar Series.
<https://www.insocialwork.org/episode-74-dr-brian-bride-collateral-damage-the-impact-of-caring-for-persons-who-have-experienced-trauma/>

- Buchmann, C. B. ., & Videbech, P. (2018). PTSD - psykopatologi og neurobiologi. In C. B. . Buchmann, M. . Arendt, & N. K. Rosenberg (Eds.), *Psykotераpeutiske tilgange til PTSD: Symptomer, undersøgelse og behandling* (pp. 21–42). Hans Reitzels Forlag.
- Buhmann, C. B., & Folke, S. (2021). *Traumer i psykiatrien*. Hans Reitzels Forlag.
- Champine, R. B., Lang, J. M., Nelson, A. M., Hanson, R. F., & Tebes, J. K. (2009). Systems Measures of a Trauma-Informed Approach: A Systematic Review. *American Journal of Community Psychology, 64*(3–4), 418–437.
- Champine, R. B., Lang, J. M., Nelson, A. M., Hanson, R. F., & Tebes, J. K. (2019). Systems Measures of a Trauma-Informed Approach: A Systematic Review. *American Journal of Community Psychology, 64*(3–4), 418–437.
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services, 11*(1), 75–86.
- Cowal, K., Shinn, M., Weitzman, B. C., Stojanovic, D., & Labay, L. (2002). Mother-child separations among homeless and housed families receiving public assistance in New York City. *American Journal of Community Psychology, 30*(5), 711–730.
- Det Nationale TBT-Center. (2020). *Traume-Bevidst Tilgang i Danmark*. Det Nationale TBT-Center.
- Devlieghere, J., & Gillingham, P. (2021). Transparency in Social Work: A Critical Exploration and Reflection. *The British Journal of Social Work, 51*(8), 3375–3392.
- Devlieghere, J., & Roose, R. (2018). Electronic Information Systems: In search of responsive social work. *Journal of Social Work, 18*(6), 650–665.
- Donley, A. M., & Wright, J. D. (2018). The health of the homeless. *Sociology Compass, 12*(1), 1–12.
- Drabble, L. A., Jones, S., & Brown, V. (2013). Advancing Trauma-Informed Systems Change in a Family Drug Treatment Court Context. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 13*(1), 91–113.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine, 37*(3), 268–277.
- Elliott, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology, 33*(4), 461–477.

- Elwyn, L. J., Esaki, N., & Smith, C. A. (2017). Importance of Leadership and Employee Engagement in Trauma-Informed Organizational Change at a Girls' Juvenile Justice Facility. *Human Service Organizations Management, Leadership and Governance*, 41(2), 106–118.
- Fallot, R. D., & Harris, M. (2002). The trauma recovery and empowerment model (TREM): Conceptual and practical issues in a group intervention for women. *Community Mental Health Journal*, 38(6), 475–485.
- 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, 245–258.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Routledge.
- Goodman, L. A., Sullivan, C. M., Serrata, J., Perilla, J., Wilson, J. M., Fauci, J. E., & DiGiovanni, C. D. (2016). Development and validation of the trauma-informed practice scales. *Journal of Community Psychology*, 44(6), 747–776.
- Goodman, Lisa A., Cattaneo, L. B., Thomas, K., Woulfe, J., Chong, S. K., & Smyth, K. F. (2015). Advancing domestic violence program evaluation: Development and validation of the Measure of Victim Empowerment Related to Safety (MOVERS). *Psychology of Violence*, 5(4), 355–366.
- Guarino, K., Soares, P., Konnath, K., Clervil, R., & Bassuk, E. (2009). *Trauma-Informed Organizational Toolkit*. Center for Mental Health Services, SAMHSA, the Daniels Fund, the National Child Traumatic Stress Network, & the W.K. Kellogg Foundation.
- Harris, M., & Fallot, R. (2001). *Using Trauma Theory to Design Service Systems: New Directions for Mental Health Services*. Jossey Bass.
- Hodgdon, H. B., Kinniburgh, K., Gabowitz, D., Blaustein, M. E., & Spinazzola, J. (2013). Development and Implementation of Trauma-Informed Programming in Youth Residential Treatment Centers Using the ARC Framework. *Journal of Family Violence*, 28(7), 679–692.
- Hopper, E. K., Bassuk, E. L., & Olivet, J. (2010). Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3(2), 80–100.
- Hopper, E. K., & Spinazzola, J. (2006). *Trauma-informed facility assessment*. The Trauma Center at Justice Resource Institute.
- Isobel, S., & Delgado, C. (2018). Safe and Collaborative Communication Skills: A Step towards Mental Health Nurses Implementing Trauma Informed Care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 291–296.
- Isobel, S., & Edwards, C. (2017). Using trauma informed care as a nursing

- model of care in an acute inpatient mental health unit: A practice development process. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(1), 88–94.
- Kania, J., & Kramer, M. (2011). Collective impact. *Stanford Social Innovation Review*, 9(1), 36–41.
- Karsberg, S. . (2012). *En undersøgelse af forekomsten af potentielt traumatiserende oplevelser og Post Traumatisk Stress Syndrom blandt Grønlandske unge: En dansk rapport*. Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet.
- Knight, C. (2015). Trauma-Informed Social Work Practice: Practice Considerations and Challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 25–37.
- Knight, C. (2019). Trauma Informed Practice and Care: Implications for Field Instruction. *Clinical Social Work Journal*, 47(1), 79–89.
- Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., Brymer, M. J., & Layne, C. M. (2008). Creating Trauma-Informed Systems: Child Welfare, Education, First Responders, Health Care, Juvenile Justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 396–404.
- Kusmaul, N., Wolf, M. R., Sahoo, S., Green, S. A., & Nochajski, T. H. (2019). Client Experiences of Trauma-Informed Care in Social Service Agencies. *Journal of Social Service Research*, 45(4), 589–599.
- Larkin, H., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2014). Social work and adverse childhood experiences research: Implications for practice and health policy. *Social Work in Public Health*, 29(1), 1–16.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452.
- Levenson, J. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social Work*, 62(2), 105–113.
- Levenson, J. (2020). Translating trauma-informed principles into social work practice. *Social Work*, 65(3), 288–298.
- Loomis, B., Epstein, K., Dauria, E. F., & Dolce, L. (2019). Implementing a Trauma-Informed Public Health System in San Francisco, California. *Health Education and Behavior*, 46(2), 251–259.
- Mantler, T., & Wolfe, B. (2018). Evaluation of trauma-informed integrated health models of care for women: A qualitative case study approach. *Partner Abuse*, 9(2), 118–136.
- Matheson, K., Foster, M. D., Bombay, A., McQuaid, R. J., & Anisman, H. (2019).

Traumatic experiences, perceived discrimination, and psychological distress among members of various socially marginalized groups. *Frontiers in Psychology*, 10(2), 1–16.

Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B., & Najavits, L. M. (2005). Twelve-month outcomes of trauma-informed interventions for women with co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 56(10), 1213–1222.

NCTIC. (2016). *Models for developing trauma-informed behavioral health systems and trauma-specific services: 2008 update*. National Center for Trauma-Informed Care, National Center for Mental Health Services.

NCTSN. (2007). *Creating trauma informed systems*. National Child Traumatic Stress Network (NCTSN).
<http://www.nctsn.org/resources/topics/creating-trauma-informed-systems>

Nielsen, K. S. F., & Scavenius, C. (2022). *Vidensafdækning af traumebevidst tilgange i en dansk kontekst*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Oliver, C., & Charles, G. (2016). Enacting Firm, Fair and Friendly Practice: A Model for Strengths-Based Child Protection Relationships? *British Journal of Social Work*, 46(4), 1009–1026.

Østmo, C. (2020). *Erfaringsgrunnlag: Erfaringer og suksessfaktorer fra arbeid med traumeinformert innsats*. Bydel Gamle Oslo, Utdanningsetaten, Barne- og familieetaten i Oslo, & Politiet, Enhet Sentrum.

Patton, M. Q. (2018). *Principles-Focused Evaluation: The Guide*. The Guilford Press.

Pedersen, M. U., Jones, S., Skov, K. B. E., Frederiksen, K. S., & Pedersen, M. M. (2019). *MOVE: Strukturert, forsterkende rusmiddelbehandling - Manual*. Sosialstyrelsen.

Reid, N., Kron, A., Rajakulendran, T., Kahan, D., Noble, A., & Stergiopoulos, V. (2021). Promoting Wellness and Recovery of Young Women Experiencing Gender-Based Violence and Homelessness: The Role of Trauma-Informed Health Promotion Interventions. *Violence Against Women*, 27(9), 1297–1316.

SAMHSA. (2010). *SAMHSA's Working Definition of Recovery: 10 Guiding Principles of Recovery*. SAMHSA - Administration, Substance Abuse and Mental Health Services.

SAMHSA. (2014a). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

SAMHSA. (2014b). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57*. SAMHSA -

Administration, Substance Abuse and Mental Health Services.

Seikkula, J. (2008). *Åben dialog og netværksarbejde: Laplandsmodellen i psykiatri og socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag.

Shier, M. L., & Turpin, A. (2017). A Multi-Dimensional Conceptual Framework for Trauma-Informed Practice in Addictions Programming. *Journal of Social Service Research, 43*(5), 609–623.

Socialstyrelsen. (2020). *Systematik for beskrivelse af kerneelementer. Skriveskabelon og eksempler (version 1)*. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2021a). *Drejebog for strategi for udvikling af den sociale indsats (SUSI)*. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2021b). *Guide til kerneelementer – ekstern version: Ramme for beskrivelse og udvikling af kerneelementer i sociale indsatser og social praksis. Ekstern version 1.0*. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, & Benjaminsen, L. (2021). *Intensive Case Management (ICM). Metodemanual til hjemløshedsområdet*. Socialstyrelsen.

Steinkopf, H., Nordanger, D., Stige, B., & Milde, A. M. (2020). How do staff in residential care transform Trauma-Informed principles into practice? A qualitative study from a Norwegian child welfare context. *Nordic Social Work Research, 1*–15.

Sullivan, C. M., Goodman, L. A., Virden, T., Strom, J., & Ramirez, R. (2018). Evaluation of the effects of receiving trauma-informed practices on domestic violence shelter residents. *American Journal of Orthopsychiatry, 88*(5), 563–570.

Sundborg, S. A. (2019). Knowledge, principal support, self-efficacy, and beliefs predict commitment to trauma-informed care. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 11*(2), 224–231.

Tsai, J., Schick, V., Hernandez, B., & Pietrzak, R. H. (2020). Is homelessness a traumatic event? Results from the 2019–2020 National Health and Resilience in Veterans Study. *Depression and Anxiety, 37*(11), 1137–1145.

Uldall, S. W., Eskelund, K., & Karstoft, K.-I. (2021). *Traume, hjerne og krop: Biologiske perspektiver på PTSD*. Hans Reitzels Forlag.

Unick, G. J., Bassuk, E. L., Richard, M. K., & Paquette, K. (2019). Organizational trauma-informed care: Associations with individual and agency factors. *Psychological Services, 16*(1), 134–142.

Wolf, M. R., Green, S. A., Nochajski, T. H., Mendel, W. E., & Kusmaul, N. S. (2014). “We’re Civil Servants”: The Status of Trauma-Informed Care in the Community. *Journal of Social Service Research, 40*(1), 111–120.

Bilag 1 Undersøgelsens metoder

Litteraturreview

Fokus og fremgangsmåde

For at skabe det nødvendige videnskæssige grundlag for at udvikle en skitse til en TBT-prototype har vi gennemført en litteratursøgning. Søgningen fokuserer på internationale forskningspublikationer om implementering og virkning/effekt af TBT i indsatser primært på socialområdet. Det har høj prioritet, at studierne tager udgangspunkt i socialområdet og voksne, som er socialt udsatte, men i enkelte tilfælde udvælger vi særligt relevante publikationer fra psykiatri/sundhedsområdet. I alt er 16 studier blev udvalgt, beskrevet og lagt til grund for et litteraturreview om TBT.

Litteratursøgningen er blevet til på baggrund af to indsamlingsmetoder:

1. Det nationale TBT-centers systematiske litteratursøgning/bruttoliste over TBT-studier (i alt 84 studier) er blevet screenet, og 12 studier er af VIVE blevet udvalgt og beskrevet i henhold til af VIVE-opstillede in- og eksklusionskriterier.
2. En 'håndholdt' kvalitativ litteratursøgning via en række relevante forskeres publikationer, videnskabelige tidsskrifter og relevante skandinaviske hjemmesider, og herfra har VIVE udvalgt 4 studier.

De to indsamlingsmetoder har suppleret hinanden, og hvor fokus for TBT-centrets systematiske søgning har været bredere og/eller mere generisk, idet søgningen ikke har været felt- eller mlgruppespecifik (se bilag 3, TBT-centrets in- og eksklusionskriterier), har den kvalitative søgning fortrinsvist fokuseret på socialområdet, herunder implementeringsstudier og virkningsstudier af TBT i sociale tilbud til udsatte voksne. Udviklingen af TBT udspringer internationalt set fra psykiatriområdet, hvorfor omfanget af litteratur på dette område er langt større, end tilfeldet viser sig at være på socialområdet. Det har været projektets initiale vurdering, at det var vigtigt at identificere studier fra socialområdet, og som derved l så tæt på målgruppen (socialt udsatte) som muligt, og at disse var mest relevante og interessante for dette projekt. Vi har fundet en del studier fra socialområdet, og efter en længere screeningsproces udvalgte vi i alt 16 studier. Denne udvælgelsesproces skete over et forløb på tre faser:

- Fase 1: Tilrettelæggelse af og samarbejde med det nationale TBT-center

- Fase 2: Søgning, screening og udvælgelse af studier i TBT-centrets bruttoliste over TBT-studier og kvalitativ litteratursøgning i forhold til in- og eksklusionskriterier
- Fase 3: Systematisk beskrivelse og vurdering af studiernes indhold og metodiske kvalitet.

I det følgende beskrives fremgangsmåden for hver af de tre faser.

Fase 1: Tilrettelæggelse af og samarbejde med det nationale TBT-center

I forbindelse med projektet og særligt i forbindelse med litteratursøgningen har VIVE og det nationale TBT-center indgået en aftale om samarbejde, hvilket indebærer,

1. at TBT-centret bistår og hjælper VIVE med at afklare spørgsmål om TBT, litteraturen og med at kvalificere prototypen.
2. at TBT-centret stiller deres litteraturdatabase og/eller bruttoliste over TBT-studier (i alt 84 studier) samt søgeprotokol og in- og eksklusionskriterier til rådighed for VIVE.
3. at VIVE og TBT-centret afholder fælles møder. Hovedformålet med disse møder er, at VIVE kan få bistand til afklaring af faglige spørgsmål om TBT og TBT-principper, men også at VIVE får mulighed for spørge ind til TBT-centrets litteratursøgning og/eller -review.

Ud over løbende sparring har TBT-centret en repræsentant med i den af VIVE-nedsatte faglige følgegruppe.

Fase 2: Søgning, screening og udvælgelse af studier i forhold til in- og eksklusionskriterier

Den anden fase af processen med at udvælge de endelige studier, i alt 16, blev indledt med en initial gennemgang af potentielt relevante studier på TBT-centrets bruttoliste (i alt 82 studier). Som led i den initiale gennemgang blev TBT-centrets søgestrategi og/eller in- og eksklusionskriterier gennemgået. TBT-centret understøttede denne proces og hjalp med at afklare spørgsmål i henhold til dels deres søgestrategi, dels vores forestående søgestrategi, udvælgelses- og søgeproces.

I umiddelbar forlængelse heraf opstillede vi in- og eksklusionskriterier for den følgende screenings- og udvælgelsesproces for at sikre, at de identificerede studier fra såvel TBT-centrets bruttoliste som vores forestående kvalitative litteratursøgning var relevante i relation til projektets formål. Der blev opstillet

in- og eksklusionskriterier for studierne udgivelsestidspunkt, studierne sprog, den geografiske kontekst for studierne gennemførelse og/eller publicering og studierne metode. I tillæg hertil blev der opstillet såkaldte 'indholdsmæssige' in- og eksklusionskriterier i forhold til tre dimensioner: 1) TBT, 2) områder og 3) målgrupper. De opstillede in- og eksklusionskriterier og forklaringer heraf fremgår af Bilagstabel 1.1.

Bilagstabel 1.1 Oversigt over in- og eksklusionskriterier

	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Form		
Studiets udgivelsestidspunkt	2005-2021	Før 2005
Studiets sprog	Dansk, svensk, norsk og engelsk	Studier på øvrige sprog
Studiets geografiske kontekst	Vestlige lande, dvs. Europa, USA, Canada, New Zealand og Australien	Øvrige lande
Studietyper og design	Empiriske studier Peer-reviewed forskning samt officielle rapporter, ph.d.-afhandlinger, konferencepapirer og myndighedsudgivelser Systematiske reviews og meta-reviews, RCT, forsøg med kontrolgruppe, før-efter-studier, kohorte-studier, analyser med tværmotodiske design, surveys, kvalitative studier	Studier, der ikke bygger på empiriske data Pilotstudier, uafsluttede studier, udelukkende teoretiske studier og studier, som ikke har været i peer review, herunder master- og bacheloropgaver og andre studieopgaver
Indhold		
Traume Bevidst Tilgang (TBT)	Traumebevidste tilgange i faglig praksis Hvis studiet beskæftiger sig med traumebevidst eller traumebevidste organisatorisk kultur eller praksis inkluderes studiet For eksempel studier, som undersøger erfaringer med traumer, med at arbejde med mennesker med traumer, effekter og virkninger af TBT, eller som undersøger implementering af TBT-principper.	Traumebehandling/traumeintervention Hvis studiet <i>ensidigt</i> beskæftiger sig med traumebehandling/traumespecifikke ydelser og/eller traumeinterventioner, ekskluderes det Hvis studiet kun nævner TBT (fx i indledningen eller perspektivering) eller kun delvist beskæftiger sig med TBT, ekskluderes det
Områder	Socialområdet (fx sociale tilbud, organisationer og afdelinger inden for psykiatrisk arbejde, socialt eller pædagogisk arbejde), sundhedsområdet, det strafferetslige område.	Det almene børneområde og grundskoler
Målgrupper	Voksne, som er socialt udsatte, herunder udsatte fra andre kulturer Ledere og personale med traumeerfaring og/eller erfaring med at implementere og arbejde med TBT	Øvrige målgrupper Hvis studiet <i>ensidigt</i> fokuserer på personale, herunder uddannelse, opkvalificering, supervision og personalets tilfredshed med eller opfattelse af TBT, ekskluderes studiet

Med afsæt i de opstillede in- og eksklusionskriterier screenede vi TBT-centrets bruttoliste over TBT-studier (i alt 84 studier) på abstract og titelniveau. Dette resulterede i, at en række studier blev ekskluderet (i alt 62 studier) bl.a. som følge af, at studierne vedrørte andre områder (fx børne- og skoleområdet) eller yngre/andre målgrupper (fx børn) end socialt udsatte voksne eller personale og ledere med traume-/TBT-erfaring. Herefter blev de tilbageværende 22 studier læst og vurderet i henhold til studiernes indhold, kvalitet og deres samlede bidrag til det videnskæssige grundlag (litteraturreviewet) for udviklingen af TBT-prototypen. Det resulterede i en endelig udvælgelse af 12 relevante og robuste studier fra TBT-centrets bruttoliste.

Som supplement hertil blev en kvalitative litteratursøgning gennemført med afsæt i de samme in- og eksklusionskriterier. Søgningen havde til formål at fokusere på socialområdet, herunder på erfaringer med at implementere TBT, på oplevede virkninger af TBT og på sammenhænge mellem traumer og social udsathed. Søgningen fandt sted via relevante forskeres publikationer og via udvalgte, relevante institutioners/organisationers hjemmesider for bl.a. det mest relevante litteratur om implementering. 4 studier blev udvalgt via den kvalitative søgning.

I tabellen nedenfor er VIVEs proces med at udvælge de i alt 16 studier fra såvel den kvalitative søgning som via TBT-centrets bruttoliste illustreret. Som det fremgår af tabellen er udvælgelsen forløbet i tre faser, hvor studiernes relevans, kvalitet og samlede bidrag til vidensgrundlaget for udviklingen af TBT-prototypen er blevet vurderet ved hver runde.

Bilagstabel 1.2 Oversigt over udvælgelsesproces af endelige studier

Udvælgelse	TBT-bruttoliste - antal studier	Kvalitativ bruttoliste - antal studier	Antal studier total
1. fase	84	28	112
2. fase	22	13	35
3. fase	12	4	16

Systematisk beskrivelse og vurdering af studiernes indhold og metodiske kvalitet

I forlængelse af udvælgelsen af de i alt 16 studier, der – sammen med den kvalitative dataindsamling – udgør det videnskæssige fundamentet for udviklingen af TBT-prototypen, blev studierne klassificeret og beskrevet i oversigtsform. I Bilagstabel 2.1 nedenfor fremgår de udvalgte 16 studier. Studierne

er rangeret i alfabetisk rækkefølge – ud fra titlerne på studierne – og er beskrevet i forhold til dimensionerne:

1. titel
2. forfatter, år og land
3. type af publikation
4. metode og formål
5. målgruppe og organisatorisk kontekst
6. hovedkonklusioner
7. anvendelse.

Kvalitativ dataindsamling

Som supplement til viden om TBT i Danmark og internationalt om TBT i arbejdet med socialt udsatte voksne har vi indsamlet kvalitativ viden fra eksperter (danske og internationale), brugere og brugerrepræsentanter samt fra praktikere og ledere fra kommunale, private og NGO-baserede indsatser til socialt udsatte voksne. I alt har 19 personer medvirket i 14 kvalitative forskningsinterviews. Interviewene er blevet foretaget i perioden september-november 2021, og 2 ud af 14 interviews er gennemført fysisk, mens resten er gennemført online (fx via Zoom eller Skype) eller telefonisk af hensyntagen til den aktuelle covid-19-situation samt geografiske/nationale forhold.

Udvælgelse af interviewpersoner

Udvælgelsen af interviewpersoner er sket med henblik på at opnå variation i følgende forhold:

- Viden om arbejde med socialt udsatte, traumer og traumebevidst arbejde. Det tilstræbes at opnå såvel teoretisk som praksisnær viden herom, både internationalt, hvor der er erfaringer med TBT på det sociale område, og i Danmark.
- Viden om sammenhænge mellem traumer og social udsathed samt målgruppens behov for, at sociale indsatser er traumebevidste. Det tilstræbes at opnå såvel teoretisk som praksisnær viden herom.
- Viden om potentialer og barrierer for at implementere TBT i aktuel faglig praksis (kommunale, private og NGO-baserede tilbud), herunder viden om driftsmæssige, organisatoriske og kompetencemæssige forudsætninger for implementeringen.

Med afsæt i ovenstående kriterier søgte projektet at rekruttere følgende typer interviewpersoner:

- Ekspertes (herunder forskere) med viden om traumer og traumebevidst arbejde (gerne TBT). Det tilstræbtes at rekruttere såvel nationale som internationale eksperter og at rekruttere eksperter med praksisnær viden om implementering af TBT i eksisterende praksis (gerne inden for det sociale voksenområde).
- Brugere og brugerrepræsentanter med særlig (gerne personlig) viden om eller erfaringer med traumer og/eller at indgå i sociale tilbud. Det tilstræbtes at rekruttere brugere/brugerrepræsentanter med forskellige traumeerfaringer og/eller erfaringer med forskellige typer sociale tilbud.
- Praktikere med viden om eller erfaringer med traumer blandt udsatte borgere og om TBT. Det tilstræbtes at rekruttere praktikere, som har daglig kontakt med målgruppen, og at rekruttere praktikere, som har indsigt i op til flere af de traumer, der er karakteristiske for målgruppen.
- Ledere af kommunale, private og NGO-baserede tilbud til målgruppen. Det tilstræbtes at rekruttere ledere fra forskellige dele af socialområdet og fra forskellige typer af sociale tilbud.

Rekruttering af interviewpersoner

Med afsæt i de opstillede udvælgelseskriterier for interviewpersoner (se afsnit ovenfor) og med sparring fra Socialstyrelsen blev i alt 19 personer rekrutteret til at medvirke i projektet. De rekrutterede interviewpersoner varierede i forhold til såvel typer (eksperter, praktikere, brugere/brugerrepræsentanter og ledere) som felt og/eller målgruppespecifik viden og erfaring.

De rekrutterede interviewpersoner blev rekrutteret på baggrund af en skriftlig og/eller telefonisk henvendelse fra VIVE. Informationsmateriale omkring projektets formål, kontekst og analysedesign ledsagede den skriftlige og/eller telefoniske henvendelse. Oplysninger om dataopbevaring, kontaktoplysninger og den forestående dataindsamling fremgik endvidere af informationsmaterialet. Materialet blev løbende udviklet og tilpasset de/den pågældende interviewperson(er), der søgtes rekrutteret. Se eksempel på informationsmateriale i bilag 4.

Det var særligt gældende for rekrutteringen af praktikere og ledere, at VIVE indledte med at rette henvendelse til lederne af de udvalgte tilbud med henblik på dels at aftale interview med lederne, dels at få ledernes hjælp til at rekruttere og aftale interviews med relevante medarbejdere fra det pågældende

sociale tilbud. Dette resulterede i, at 2 ud af 5 medarbejdere blev rekrutteret via deres leder. Hermed er to sociale tilbud repræsenteret i projektet med både en leder og en medarbejder. De resterende praktikere blev rekrutteret via snedboldsmetoden; hvor én – i dette tilfælde – leder henviste til en relevant medarbejder, som herefter henviste til en anden mere relevant og/eller ledig medarbejder.

Bilagstabel 1.3 illustrerer sammensætningen af de personer, der blev rekrutteret til projektet.

Bilagstabel 1.3 Oversigt over typer interviewpersoner rekrutteret til projektet

Type interviewperson	Felt/område for viden og erfaring	Antal
Ekspert	Traumer TBT Hjemløshed Vold i nære relationer Stofmisbrug	8*
Bruger/brugerrepræsentant	Senfølger efter seksuelle overgreb Psykisk sårbarhed	3
Medarbejder/praktiker	Hjemløshed Prostitution Stofmisbrug Udsatte grønlandere Psykisk sårbarhed Vold i nære relationer	5
Leder	Hjemløshed Vold i nære relationer Stofmisbrug	3
		19

Note: *2 ud af de 8 eksperter var internationale.

Gennemførelse af kvalitative interviews

I alt blev 14 forskellige typer kvalitative forskningsinterviews gennemført, hvoraf 3 var fokusgruppeinterviews og de resterende 11 individuelle forskningsinterviews. De individuelle interviews varede i gennemsnit 70 minutter, mens fokusgruppeinterviewene havde en gennemsnitlig varighed på 90 minutter. Som beskrevet indledningsvist blev 2 ud af 14 interviews gennemført online af hensyntagen til den aktuelle covid-19-situation og ud fra hensyn til geografiske/nationale forhold, der spillede ind på interviewpersonernes mulighed for at deltage i projektet.

For hver 'type' interview (ekspert-, bruger-, praktiker- eller lederinterview) blev en semistruktureret interviewguide udviklet. Interviewguiden blev opbygget omkring de samme – 6 til 7 – følgende temaer: intro, baggrund, traumer, symptomer og konsekvenser, identifikation, kontekst og organisering samt afslutning (se eksempel på interviewguide i bilag 5). I forbindelse med interview af internationale eksperter blev interviewguiden oversat til engelsk.

Bilagstabel 1.4 illustrerer fordelingen af de 14 interviews, der er blevet gennemført.

Bilagstabel 1.4 Oversigt over antal og typer gennemførte interviews

Type	Individuelle interviews	Fokusgruppeinterviews	Total
Ekspertinterviews	4	2	6
Brugerinterviews	3		3
Praktikerinterviews	1	1	2
Lederinterviews	3		3
			14

Bilag 2 Litteraturreview

Bilagstabel 2.1 De 16 publikationer i litteraturreviewet

Nr.	Titel	Forfatter, år og land*	Type af studie	Metode og formål	Målgruppe og organisatorisk kontekst	Hovedkonklusioner	Anvendelse
1	A Multi-Dimensional Conceptual Framework for Trauma-Informed Practice in Addictions Programming	Shier, Michael L., & Aaron Turpin., (2017), Canada	Implementering	Kvalitativ analyse baseret på en til en-interview med brugere (n=41) af udgående stofmisbrugsbehandling. Analysen identificerer karakteristika knyttet til de fem TBT-nøgleværdier: sikkerhed, tillid, valg, samarbejde og empowerment.	Stofmisbrugsbehandlingscenter	Indeholder en tydelig model for TBT (<i>informal trauma-informed service delivery</i>), som er forankret i traumeteori og TBT. Indeholder guidelines og dimensioner af TBT.	Denne konceptuelle model for "community based residential addictions treatment" er mulig at teste gennem implementering i praksis.
2	Advancing Trauma-Informed Systems Change in a Family Drug Treatment Court Context	Drabble, Laurie A., Shelby Jones, & Vivian Brown, (2013), USA	Implementering	Det kvalitative studie bygger på tolv interviews med centrale professionelle informanter fra områderne misbrug, psykisk sundhed og børnevelfærd og historiske dokumentanalyser af projektdokumenter og belyser barrierer, fordele og faciliterende faktorer, som	Udsatte børn/familier. En familiemisbrugsbehandlingsret, der tilbyder behandlingsindsats til forældre, hvis børn er blevet fjernet hjemmefra pga. forældres misbrug eller afhængighed med det formål at understøtte bæredygtig genforening mellem forældre og deres børn.	Analyserne understregede relevansen af traumebevidste systemers forandringer i samarbejds kontekster, som er målrettet børn og familiers komplekse behov. De viste et antal potentielle traume-triggere og -strategier for at reducere antallet af triggere ved implementering af TBT, fx nævnes at skabe muligheder for, at borgeren kan vælge indsats frem for at fortælle, hvad	Det foreslås, at implementering og outcomes belyses og dokumenteres yderligere i fremtidige studier, særligt hvad det betyder, når retten ('courts') arbejder med udgangspunkt i TBT, og hvad det betyder at undersøge outcome ift. forældres traumer og for børn/unge ift. recovery og genforening med

Nr.	Titel	Forfatter, år og land*	Type af studie	Metode og formål	Målgruppe og organisatorisk kontekst	Hovedkonklusioner	Anvendelse
				er knyttet til en traumebevidst systemtilgang.		vedkommende skal have og har brug for. Desuden påpeges vigtigheden af, at TBT og de tilknyttede værdier deles på tværs af kontekster og aktører, fordi dette understøtter samarbejdet mellem aktører (her retten), behandling af psykiske problemer, behandling af stofafhængighed, børneområdet, hvorved sårbare familiers behov bedre adresseres.	sine forældre. Alt sammen med henblik på at kvalificere og udvikle effektive strategier på børneområdet for genforening af børn og forældre.
3	Client Experiences of Trauma-Informed Care in Social Service Agencies	Kusmaul, Nancy, et al. (2019), USA	Virknings- og implementeringsstudie	Kvalitativ (interview-baseret) undersøgelse af, hvordan borgere i sociale tilbud oplever de sociale tilbuds implementering af TBT	26 voksne borgere (4 flygtninge, 8 stofbrugere, 12 ældre og 2 gravide kvinder) fra forskellige sociale tilbud	Implementering af TBT (herunder TBT-princippernes udmøntning i praksis) tager sig forskelligt ud i sociale tilbud til udsatte og ældre voksne. Borgere i sociale tilbud oplever TBT-principperne meget forskelligt. Sociale tilbud kan have vanskeligt ved at implementere samtlige af TBT-principperne på én og samme tid. Implementering af TBT i en organisation skal tilrettelægges ud fra den individuelle fagkontekst og i samarbejde med borgere og medarbejdere i tilbuddet.	Kan informere udviklingen af en dansk tilpasset TBT-model til socialområdet, herunder informere arbejdet med (og antallet af) underprincipper i TBT. Publikationen belyser yderligere udfordringer forbundet med, at TBT er et generisk koncept, som opfattes og implementeres forskelligt fra fagkontekst til fagkontekst (fra målgruppe til målgruppe). Publikationen illustrerer, at underprincipperne i TBT (fx sikkerhed og empowerment) i praksis kan virke gensigt udelukkende for borgere i

Nr.	Titel	Forfatter, år og land*	Type af studie	Metode og formål	Målgruppe og organisatorisk kontekst	Hovedkonklusioner	Anvendelse
							sociale tilbud – betinget af, hvordan borgerne forstår principperne.
4	Developing an instrument to measure organizational trauma-informed care in human services: The TICOMETER	Bassuk, E. L., Unick, G. J., Paquette, K., & Richard, M. K, (2017), USA	Udvikling af et kvantitativt valideringsredskab til at måle niveauet af TBT	Survey-data fra 424 medarbejdere* fra 68 forskellige organisationer/sociale tilbud på tværs af USA er lagt til grund for en model (The TICOMETER), der kan måle en organisations niveau af TIC (dansk: TBT). Medarbejderne arbejdede inden for områderne misbrug, mental og fysisk sundhed, hjemløshed og bolig, sundhedsvæsenet, børneområdet og vold i hjemmet.	Medarbejdere i diverse social- og sundhedsorganisationer i USA	Valideringsredskabet The TICOMETER måler et niveau af TBT i en organisation ud fra 5 domæner: 1) opbygning af TBT-specifik viden og færdigheder 2) etablere tillidsfulde relationer 3) respekt for brugere af tilbud 4) understøtte, at tilbud og indsatser er understøttet af TBT 5) Fremme procedurer og politikker om TBT. For hver af domænerne indgår en række spørgsmål (i alt 35), som skal besvares for at få en score, der afgør den pågældende medarbejders oplevelse af niveauet af TIC (dansk: TBT) i organisationen.	Dette valideringsredskab kan understøtte organisationers/tilbudsproces med at implementere TBT – ved at tage en 'status' på deres medarbejders oplevelse(r) af, hvorvidt og i hvilken grad organisationen er traumebevidst. På baggrund af scoren/resultaterne fra redskabet kan organisationen identificere, hvilke(t) område(r), der skal styrkes for at blive (endnu mere) traumebevidst.
5	Development and Implementation of Trauma-Informed Programming in Youth Residential Treatment Centers	Hodgdon, Hilary B., et al., (2013), USA	Implementeringsstudie	Studiet beskriver anvendelsen af den evidensbaserede og traumebevidste model ARC (Attachment, Regulation and Competency), der tager udgangspunkt i en organisatorisk model	Komplekst traumatiserede og udvalgte unge på et behandlingssted ('residential treatment').	Studiet rapporterer positive, præliminære, fund med en moderat og signifikant reduktion af traumelaterede symptomer blandt de unge deltagere i de to programmer, særligt markant var den for deltagerne i ARC, som havde reduktion	Modellen for en traumebevidst tilgang er afprøvet i en specifik kontekst, behandlingssted for unge med komplekse traumer. Modellen var integreret på tværs af både den spe-

Nr.	Titel	Forfatter, år og land*	Type af studie	Metode og formål	Målgruppe og organisatorisk kontekst	Hovedkonklusioner	Anvendelse
	Using the ARC Framework			<p>for Trauma-Informed Systems (TIS) udviklet af The San Francisco Department of Public Health (SFDPH).</p> <p>Der anvendes pilot-data (UCLA PTSD Reaction Index, Child behaviour Checklist samt CBCL for de unge (126 piger i alderen 12-20 år) i test-samlet, som sammenlignes med registerdata på lignende unge på nationalt data (n=14.088). Interventionsperioden for ARC er 6 mdr.</p>		<p>i PTSD-symptomer. De unge havde også reduktion i aggressiv adfærd, opmærksomhedsproblemer, regel-overtrædende adfærd, depression, angst, tankemæssige problemer og somatiske gener igennem projektperioden. Der fremhæves ligeledes reduktion i brug af fysisk tvang gennem projektperioden (50 % på 6 mdr.), hvilket forklares med nye måder, personalet tolkede og handlede på de unges adfærd, som konsekvens af træning og tilegnelse af nye færdigheder gennem ARC (Caregiver Affect Management & Attunement) og indførelse af systematisk debriefing, dvs. en forandring af kulturen i organisationen</p>	<p>cifikke indsats og i omgivelserne/konteksten for at styrke interventionens virkning. Studiet er relevant her, bl.a. fordi det viser, at udbyttet af en intervention kan styrkes ved at implementere en traumebevidst ramme og forståelse i organisationen.</p>
6	Evaluation of the Effects of Receiving Trauma-Informed Practices on Domestic Violence Shelter Residents	Sullivan, Cris M., et al., (2018), USA	Virkningsstudie	<p>Kvantitativt viser, at beboere på krisecentre oplever styrket mestrings-tro og 'empowerment' og en nedgang i symptomer på depression efter at have været op til 30 dage på et traumebevidst krisecenter.</p>	<p>57 krisecenterbeboere fra 4 forskellige krisecenterprogrammer i Ohio, USA, gennemførte en survey hhv. ved ankomst og ved afrejse fra krisecentret.</p>	<p>Krisecenterbeboere, som oplever og/eller opfatter krisecentret som traumebevidst, rapporterer styrket mestringssevne og sikkerhed relateret til empowerment.</p> <p>Nedgang i depressive symptomer havde ingen sammenhæng med beboernes opfattelse af, hvorvidt</p>	<p>Publikationen dokumenterer virksomme effekter af TBT på krisecenterbeboere.</p>

Nr.	Titel	Forfatter, år og land*	Type af studie	Metode og formål	Målgruppe og organisatorisk kontekst	Hovedkonklusioner	Anvendelse
						og i hvilken grad krisecentret er traumebevidst.	
7	Evaluation of Trauma-Informed Integrated Health Model of Care for Women: A Qualitative Case Study Approach	Mantler, Tara, & Barat Wolfe, (2018), Canada	Virkningsstudie af TBT-modellen	Kvalitativt interview-baseret casestudie af integrerede TBT-modeller mellem social indsats og den primær sundhedssektor (og betydningen heraf for ofre for partnervold med traumer)	Tre grupper blev interviewet (administratorer (4), frontpersonale (10) og kvinder, som er brugere (25) om TBT-modeller ift. ofre for partnervold med traumer/Region	Begge modeller (facility/system integration) er meget accepteret blandt interviewpersoner og opfattet som meget virkningsfuld for ofre for partnervold med traumer. Kvinderne selv foretrak den integrerede tilgang.	Studiet understøtter brugen af TBT-modeller, idet de skaber bedre tværgående partnerskaber og styrker navigationen mellem relevante aktører.
8	Implementing a Trauma-Informed Public Health System in San Francisco, California	Loomis, Briana, et al., (2019), USA	Implementering og effektstudie (program-evaluering)	Studiet beskriver anvendelsen af den evidensbaserede model ARC (Attachment, Regulation and Competency).	Komplekst traumatiserede og udsatte unge på et behandlingssted ('residential treatment').	Med udgangspunkt i projektets udvikling af relationel forandringsmodel for implementering af værdier, principper og praksisser knyttet til traumebevidste tilgange. Modellen indeholder bl.a. følgende elementer: a) grundlæggende træning og viden om traume, stress og TIS-principper, b) 'Train-the-Trainer Program', 3) styrkelse at skabe og vedligeholde traumebevidste organisatoriske praksisser og 4) styrkelse i samarbejdsrelationer med udgangspunkt i TIS-principper. Studier udpeger også en række udfordringer ved implementeringen, som skal adresseres, herunder bla.:1)	Artiklen understreger, hvordan det gennem traumebevidste systemer i en organisation via relationer er muligt at imødegå traumer og følgerne heraf.

Nr.	Titel	Forfatter, år og land*	Type af studie	Metode og formål	Målgruppe og organisatorisk kontekst	Hovedkonklusioner	Anvendelse
						tid og ressourcer, fx kan det være en idé at undgå at gøre sig afhængig af eksterne ressourcer), 2) andre konkurrerende prioriteringer og behov, som nødvendiggør fokus på bæredygtighed af TBT i organisationshierarkiet, fx gennem en ledelse og 3) etablering af et kulturforandrende og -opbyggende samarbejde.	
9	Importance of Leadership and Employee Engagement in Trauma-Informed Organizational Change at a Girls' Juvenile Justice Facility	Elwyn, Laura J., Nina Esaki, & Carolyn A. Smith, (2017), USA	Implementering af modellen	Det kvalitative studie er en deskriptiv og eksplorativ undersøgelse af professionelle roller og på forskellige niveauer og deres erfaringer med implementering af den traumebevidste model "The Sanctuary Model", som bl.a. er inspireret af traumeteori på en sikret institution for piger.	Sikret ungdomsinstitution for piger	Studiet peger på, at personaleinvolvering og ledelsesmæssig vedholdenhed er afgørende for succesfuld implementering af traumebevidsthed. Succesfuld implementering forudsætter ændring i miljøet, værdier og holdninger, relationer og dagligdags praksisser i institutionen, forudsatte ledelsens engagement og evner på flere niveauer for at sælge modellen til personale og gennemføre umiddelbare forandringer i alle aspekter af det organisatoriske virke. Succesfuld implementering forudsætter også personalets investering i modellen og i de forandringer, som den kræver, hvilke er en langvarigt personalerekruttering- og	Bidrager til et blik for nødvendigheden i et eksplicit fokus på proces og realisering af organisatoriske forandringer, når nye interventionsmodeller skal implementeres.

Nr.	Titel	Forfatter, år og land*	Type af studie	Metode og formål	Målgruppe og organisatorisk kontekst	Hovedkonklusioner	Anvendelse
						<p>selektionsproces, som vil gøre, at personalet er engagerede i teori og principper i modellen.</p> <p>Modellen viste sig at forandre organisationskulturen i retning af at reducerer omfanget af traumatiserende praksisser.</p>	
10	Knowledge, Principal Support, Self-efficacy, and Beliefs Predict Commitment to Trauma-informed Care	Sundborg, Stephanie A., (2019), USA	Implementerings- og virkningsstudie	Kvantitativ undersøgelse, der har til formål at undersøge, hvilken betydning viden har for tilslutning til TBT.	<p>Survey-data fra 118 medarbejdere på det sociale område, som nyligt har modtaget undervisning i TBT, lægges til grund for en model, der estimerer sammenhængen mellem tilslutning til TBT og viden.</p> <p>Viden operationaliseres til de tre variable: 1) medarbejder- og ledelsesmæssig opbakning, 2) mestringstro og 3) overbevisninger om TBT.</p>	<p>Direkte sammenhæng mellem viden og tilslutning til TBT.</p> <p>Medarbejder- og ledelsesmæssig opbakning, mestring, tro og overbevisninger om TBT er tre variable, der påvirker medarbejderes tilslutning til TBT.</p>	Publikationen fremhæver vigtigheden af at uddanne personale i TBT for at opnå en positiv og bæredygtig implementering af TBT.
11	Organizational Trauma-Informed Care: Associations With Individual and	Unick, George Jay, et al., (2019), USA	Implementeringsstudie	Kvantitativ undersøgelse af sammenhængen mellem individualspecifikke og organisatoriske karakteristika	Surveydata fra 345 forskellige medarbejdere* fra 67 sociale tilbud på	Viden om traumer og konsekvenser af traumer er afgørende for succesfuld implementering af TBT i en organisation.	Publikationen fremhæver vigtigheden af vedvarende/tilbagevendende uddannelse

Nr.	Titel	Forfatter, år og land*	Type af studie	Metode og formål	Målgruppe og organisatorisk kontekst	Hovedkonklusioner	Anvendelse
	Agency Factors			teristika og af ansattes vurderinger af arbejdspladsens niveau af traumebevidst behandling.	tværs af 22 stater i USA. *Medarbejderne arbejdede i forskellige tilbud/med forskellige områder, heriblandt: hjemløshed og bolig, stofbrug, vold, mental og fysisk sundhed samt børneområdet.	Vedvarende kurser/undervisning/opkvalificering af personale er afgørende. Effektiv implementering af TBT i en organisation finder sted inden for de første 6 måneder efter endt træning/uddannelse i TBT. Herefter falder bl.a. personalets tilslutning til TBT.	og/eller opkvalificering af personale. Effekterne af at sende personale på kurser i TBT aftager eller forsvinder helt, hvis ikke uddannelsen/opkvalificeringen fortsætter efter endt uddannelsesforløb – som en integreret del af det daglige arbejde.
12	SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach	SAMHSA's Trauma & Justice Strategic Initiative, (2014a), USA	Implementeringsguide	Med afsæt i forskningsbaseret viden om traumer, praksisbaseret viden om traumebehandling (engelsk: trauma interventions) og brugererfaringer fra traumeramte har en arbejdsgruppe bestående af ledende eksperter, forskere, politikere og traumeramte borgere haft til formål at udvikle et fællesfagligt koncept for og/eller forståelse af traumer og traumebevidste tilgange (engelsk: trauma-informed approach), der kan anvendes på tværs af områder/sektorer.	Alle målgrupper på tværs af offentlige, private og NGO-baserede tilbud og/eller sektorer i et givent land	En traumebevidst tilgang udgøres af seks kerneprincipper. Principperne er: 1) sikkerhed, 2) pålidelighed og gennemsigtighed, 3) peer-støtte, 4) samarbejde og gensidighed, 5) empowerment, stemme og valgmuligheder og 6) kulturelle, historiske og kønsmæssige problemstillinger (s. 11). Der beskrives også fire forudsætninger for TBT, 1) Bevidstgørelse, 2) Genkendelse, 3) Evne til at respondere fornuftigt og 4) Undgå retraumatisering. Implementering af en traumebevidst tilgang foregår inden for 10 domæner af en organisation/et tilbud. Domænerne er: 1) styring og ledelse, 2) politikker og	SAMHSA beskriver her en ramme, som er udviklet på sundhedsområdet, men, som de skriver, kan overføres til andre områder, fx børneområdet, kriminalforsorgsområdet, militæret, uddannelsesområdet.

Nr.	Titel	Forfatter, år og land*	Type af studie	Metode og formål	Målgruppe og organisatorisk kontekst	Hovedkonklusioner	Anvendelse
						procedurer, 3) det fysiske miljø, 4) involvering af peers, 5) tværsektorielt samarbejde, 6) screening, indsats og traumebehandling, 7) uddannelse og supervision, 8) kvalitetssikring og -udvikling, 9) finansiering og 10) evaluering (s. 13f).	
13	Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings	K Hopper, E., L Basuk, E., & Olivet, J., (2010), USA	Systematisk review	<p>Review af kvalitative og kvantitative peer-reviewed studier og grå litteratur om virkningerne af TIC (dansk: TBT) på hjemløshedsområdet. Publikationen har til formål at undersøge, hvorvidt der er forskningsbaseret evidens for, at TIC er virksomt på hjemløshedsområdet.</p> <p>Publikationen diskuterer endvidere praktiske implikationer, guidelines og politikker ift. implementering af TIC på hjemløshedsområdet.</p>	Sociale tilbud og/eller organisationer på hjemløshedsområdet	<p>Tre områder er centrale at tage højde for, når implementering og udvikling af en model for TIC skal finde sted. De tre områder er: 1) holdninger, 2) implementering og 3) resultater/virkninger (s.85ff).</p> <p>Seks steps er essentielle ift. at implementere en TIC-model. De seks steps er: 1) sørg for, at medarbejdere på alle niveauer af organisationen køber ind på idéen om TIC, 2) udvikle en behovsforankret tilgang ift. at identificere udviklingsområder i organisationen, 3) gennemgå organisationens miljø, procedurer og tilbud og revider dem i overensstemmelse med principperne for TIC, 4) udbyd kurser/undervisning om traumer, 5) tilbyd vedvarende/tilbagevendende traumbaseret sparring og</p>	Publikationen kan informere dels det videnskabelige arbejde med at udvikle en dansk tilpasset model for TBT på socialområdet, dels informere det praktiske arbejde med at implementere modellen i gældende praksis.

Nr.	Titel	Forfatter, år og land*	Type af studie	Metode og formål	Målgruppe og organisatorisk kontekst	Hovedkonklusioner	Anvendelse
						supervision og 6) tilbyd adgang til traumespecifikke interventioner/behandlinger (s. 94).	
15	Twelve-Month Outcomes of Trauma-Informed Interventions for Women With Co-occurring Disorders	Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B., & Najavits, L. M., (2005), USA	Virkningsstudie	Kvantitativ undersøgelse af effekterne af at modtage traumebevidste indsatser i forhold til samtidigt misbrug og psykisk sygdom	2.026 kvinder med komplekse problemstillinger fra en række forskellige behandlingsprogrammer (fra i alt 9 byer i USA), som har modtaget traumebevidste og brugerinddragende behandling i løbet af en 12-måneders periode. Fokus har været på at styrke personlig sikkerhed, empowerment og coping færdigheder samt psyko-uddikation ift. at forstå sammenhængen mellem misbrug, psykisk sygdom og traumer.	Signifikant reduktion af kvindernes psykiske mistro og traumesymptomer, som følge af at have modtaget traumebevidste og brugerinddragende behandling i over 12 måneder. Ingen signifikant nedgang i misbrug som følge af behandlingen. Studiet konkluderer, at kvinder med komplekse problemstillinger, herunder erfaringer med vold og traumer, har udbytte af at modtage integreret og traumebevidste behandling og/eller tilbud. Der blev benyttet forskellige modeller, som alle havde et tydeligt fokus på personlig sikkerhed (Addiction and Trauma Recovery Integration Model, ATRIUM, Seeking Safety Model, Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM)).	Publikationen kan dels understøtte rimeligheden af at implementere TBT i sociale tilbud til udsatte voksne, dels anspore til, at der oprettes integrerede (tværsektorielle) tilbud til kvinder med komplekse problemstillinger.
16	Using Trauma Informed Care as a Nursing Model of Care	Isobel, Sophie, & Clair Edwards,	Implementeringsstudie	Kvalitativ (interview-baseret) undersøgelse af, hvordan sygeplejersker på et	Fem sygeplejersker – med varierende arbejdsmerker – fra	Implementering af TBT på et akutpsykiatrisk afsnit bakkedes overordnet positivt	Publikationen illustrerer vigtigheden af at inddrage, motivere og

Nr.	Titel	Forfatter, år og land*	Type af studie	Metode og formål	Målgruppe og organisatorisk kontekst	Hovedkonklusioner	Anvendelse
	in an Acute Inpatient Mental Health Unit: A Practice Development Process	(2017), Australien		akut psykiatrisk afsnit på et hospital i Sydney, Australien, oplever dels forandringer på arbejdspladsen som resultat af implementering af TBT, dels deres egen rolle og/eller engagement i implementeringsprocessen.	et akutpsykiatrisk afsnit på et hospital i Sydney, Australien	<p>op af sygeplejerskepersonalet.</p> <p>Skepsis og modstand mod implementeringen af TBT er dog også tilstede i medarbejdergruppen.</p> <p>Skepsissen og modstanden udspringer af manglende eller for lidt inddragelse af personalet i implementeringsprocessen.</p> <p>Effekterne af implementeringen af TBT på sygeplejerskernes arbejdsgange kan endnu ikke identificeres.</p>	samarbejde med personalet i forhold til at opnå en succesfuld og bæredygtig implementering af TBT.

Bilag 3 TBT-centrets kriterier for screening og review af fuldtekst

Bilagstabel 3.1 Oversigt over in- og eksklusionskriterier for TBT-centrets systematiske review

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Published 2000 or after Includes the words, Trauma Informed OR Trauma sensitive OR Trauma approach OR "Six core strategy" Can be a description of use within practice in any way Any country In English, Danish, Swedish, Norwegian Peer reviewed	Thesis with articles published Conference paper linked to a full article Describing trauma-specific long-term interventions Systematic- or other types of review (is moved to background materials – "review" in a note and vote yes) Etiological studies Treatment papers Study protocols Purely theoretical paper If TIC is only mentioned in perspectives

Bilag 4 Informationsmateriale til rekruttering af interviewpersoner

Bedre viden om Traume-Bevidst Tilgang (TBT)

Om projektet

VIVE, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, gennemfører i øjeblikket et vidensprojekt om traumebevidst tilgang (herefter TBT) i sociale indsatser til socialt udsatte mennesker. Projektet udarbejdes for Socialstyrelsen og har til formål at sammenfatte eksisterende viden og erfaring nationalt såvel som internationalt med at arbejde traumebevidst i kommuner, NGO'er og private tilbud, der tilbyder sociale indsatser til udsatte voksne. Dette med henblik på at bidrage med viden, som kan kvalificere eksisterende tilbud til udsatte og sårbare voksne, som har oplevet traumatiske begivenheder og derfor bærer på traumer, og som er karakteriseret ved en eller flere af nedenstående kategorier af sociale problemstillinger:

- Vold i nære relationer
- Seksuelle overgreb i barn- og ungdom
- Overgreb og misbrug under opvækst i Grønland
- Stofmisbrug
- Hjemløshed
- Psykisk sårbarhed
- Sexsalg.

At arbejde traumebevidst foregår også i Danmark, hvor bl.a. den danske psykiatri er i gang med at implementere TBT i landets fem regioner. VIVEs projekt, "Bedre viden om traumebevidst tilgang" fokuserer på at afdække behovet for TBT i sociale indsatser til udsatte voksne og på at udarbejde en prototype for, hvordan arbejdet med TBT i Danmark kan indrettes og kvalificeres. Dette gøres med udgangspunkt i SAMHSAs principper for traumebevidst tilgang (Trauma Informed Care, TIC (SAMHSA, 2014a).

Sammenhængen mellem traumer og social udsathed er dokumenteret i forskningen, og et studie fra USA (The Adverse Childhood Experience, ACE) påviste i 1998, at jo flere traumer en person har oplevet i sin barndom, desto større risiko er der for, at personen udvikler helbredsproblemer og sociale problemer senere i livet. På baggrund af ACE-studiet vurderes det som sandsynligt, at socialt udsatte voksne i højere grad end andre dele af befolkningen har traumer.

For at sociale indsatser kan tilbyde den rette hjælp til socialt udsatte borgere med traumer er det nødvendigt, at indsatserne og deres personale er rustede til at kunne genkende og imødekomme borgerens traumehistorik. Hvis indsatserne *ikke* er traumebevidste er der risiko for, at borgerens støttebehov ikke imødekommes, og at indsatserne dermed ikke virker eller i værste fald skader (fx retraumatiserer) borgeren.

Vi har brug for praktikers og eksperters medvirken

For at kunne kvalificere eksisterende tilbud til socialt udsatte voksne, herunder de ansattes problemforståelser af og tilgang til målgruppen, er der behov for yderligere forskningsbaseret og praksisorienteret viden om at arbejde traumebevidst og med TBT på voksenområdet.

I den forbindelse vil vi gerne invitere dig til at deltage i fokusgruppeinterview med fokus på traumer blandt socialt udsatte, erfaringer med at støtte mennesker med traumer, best practice, kendte barrierer og udfordringer m.m.

Interviewet vil foregå fysisk hos VIVE i København, den 14. september 2021 kl. 13-15.

Interviewet gennemføres af forsker Nichlas Permin Berger og videnskabelig assistent Josefine Frøslev-Thomsen.

Du kan give besked om, hvorvidt du kan deltage til projektleder Nichlas Permin Berger enten pr. telefon eller ved at sende en mail (kontaktinfo nedenfor). Du kan også besvare den mail, vi har tilsendt dig.

Kort om den traumebevidst tilgang

Traumebevidst tilgang er *ikke* en behandlingsmetode men et organisatorisk styringsprincip, som indebærer, at flere niveauer i en organisation har en grundlæggende erkendelse af traumer og forstår, hvordan traumer kan påvirke familier, grupper, organisationer og lokalsamfund såvel som enkeltpersoner. Implementeringen af TBT kan finde sted inden for fire områder af organisationen: de fysiske rammer, personalet, interventioner i kontakten med borgeren og på et mere overordnet organisatorisk plan.

Inspirationen til at arbejde traumebevidst kommer fra USA, hvor flere organisationer er overgået til at arbejde og organisere sig traumebevidst. TBT anvendes bl.a. i volds- og tvangsforebyggelse i en række amerikanske organisationer, herunder psykiatrien, fængselsvæsenet og i forbindelse med stofmisbrugsbehandling. Aktuelt arbejdes med TBT fx i Storbritannien på sundheds- og socialområdet og i Oslo Kommune på skoleområdet.

Brug og opbevaring af data

Alle oplysninger bliver behandlet og opbevaret i henhold til persondataforordningen og Datatilsynets retningslinjer. Alle oplysninger bliver opbevaret forsvarligt, og alle deltagere vil blive anonymiseret. Data fra interviewene bliver anvendt til at udarbejde en VIVE-rapport, som præsenterer undersøgelsen, dens datagrundlag, metoder og resultater.

Venlige hilsner

Nichlas Permin Berger og resten af projektteamet i VIVE
Projektleder, sociolog og forsker
E-mail: nibe@vive.dk og tlf. 26 71 23 82

Bilag 5 Interviewguide til fokusgruppeinterview med praktikere

Bilagstabel 5.1 Eksempel på interviewguide fra fokusgruppeinterview med praktikere)

Bilagstabel 5.1 Eksempel på interviewguide fra fokusgruppeinterview med praktikere)	
Intro	<p>Først og fremmest tak, fordi du har lyst til at medvirke i interviewet!</p> <p>Vi – VIVE (som er et forskningscenter) – er i gang med at undersøge, hvad der skal til, for at vi kan lave en model for traumebevidste tilgange til mennesker med psykiske eller sociale problemstillinger. Vi laver undersøgelsen for Socialstyrelsen, som skal bruge den i deres videre arbejde med at udbrede traumebevidste tilgange bredt i det sociale arbejde.</p> <p>Vi interviewer mennesker med forskellige relationer til traumer og til traumebehandling – borgere, som selv lever med traumer, ansatte på bosteder og behandlingsinstitutioner, forskere, centerledere osv.</p> <p>Vi håber, at vi på den måde kan samle så megen relevant viden som muligt, og at vi dernæst kan omsætte den viden, vi har samlet, til en prototype for, hvordan TBT kan anvendes i socialfagligt arbejde og i organiseringen af sociale tilbud til udsatte voksne i Danmark. Det vil sige, at vi afdækker, hvorvidt en model for TBT er relevant og mulig at implementere i en dansk fagkontekst, samt hvilke praktiske, organisatoriske, kompetencemæssige og økonomiske forudsætninger en sådan implementering af modellen vurderes at indebære.</p> <p>I kommer jo fra forskellige steder og har forskellig erfaring – og det er et stort privilegie for os, at I vil dele jeres erfaringer med os til at belyse dette.</p> <p>Det er vigtigt at sige, at det er fortroligt at medvirke. VIVE er et forskningscenter, og vi forpligter os dels til at opbevare data korrekt og sikkert, dels kun at tillade projektdeltagere adgang til data, dels kun at bruge data til forskning, og – vigtigst – sikre, at du ikke vil kunne genkendes i rapporten eller i andre publikationer. Når vi bruger citater fra interview, vil I blive anonymiseret.</p>
Tema	Eksempel på spørgsmål
Baggrund	<p>Præsentationsrunde</p> <p>Jeg vil først bede jer fortælle lidt om jer selv – hvad laver I til daglig, om jeres erfaringer med og baggrund for at arbejde med socialt udsatte og måske om, hvorfor du valgt at deltage i det her interview?</p> <p>Kan I hver især fortælle om, hvilke borgere I arbejder med til daglig?</p> <p>Oplever I, at nogle borgere kan være mere dominerende end andre ift. jeres arbejds-gange?</p> <p>Er nogle borgere særligt vanskelige at arbejde med? Hvorfor/hvordan?</p> <p>Er traumer til stede hos de borgere, I arbejder med til daglig?</p>
Traumer	<p>Kan I forklare os, hvad et traume er?</p> <p>Hvordan har I lært det? Hvilken viden bygger I den forklaring på?</p> <p>Findes der forskellige slags traumer – fx traumer, som indlejres og bliver siddende og forårsager forskellige ting, og traumer, som mere eller mindre konstant forekommer?</p> <p>Hvordan adskiller traumer sig fra andre psykiske udfordringer – så som fx depression, ADHD, skizofreni...?</p> <p>Kan man sige noget om sammenhæng mellem social baggrund og risiko for traumer?</p> <p>Hvis, ja, hvilken betydning har denne sammenhæng så for jeres daglige arbejde?</p> <p>Hvad er det vigtigste at vide om traumer, når man skal arbejde med mennesker med traumer?</p>

Symptomer og konsekvenser	<p>Kan I fortælle, hvad det betyder for et menneske at leve med et traume – eller med en dagligdag, som kan virke traumatiserende?</p> <p>I forhold til fx sociale relationer, arbejdsliv, uddannelse, familie osv.?</p> <p>I forhold til at modtage behandling, fx for psykisk sygdom eller for stofmisbrug?</p> <p>Sker der ting med ens reaktioner eller adfærd, når man lever med traumer? Hvad, hvordan, hvornår?</p> <p>Hvad tænker I om at screene for traumer på jeres arbejdspladser? (Evt.: Hvad skulle målet med screeninger være, og/eller hvad ville man kunne bruge resultatet til?)</p>
Kontekst og organisering	<p>Hvis traumebevidste tilgange skal udbredes bredt i det sociale arbejde, er der så vigtige forhold ift. indretning og organisering af institutionerne, bostederne og NGO-tilbuddene, som er nødvendige?</p> <p>Hvad betyder stedets indretning for de borgere, som lever med traumer?</p> <p>Er det noget I i jeres organisationer kan arbejde med bevidst; altså hvordan kan I indrette stederne, så de også fungerer bedst for borgerne (og for jeres arbejde med borgerne)? Giv gerne eksempler på konkrete tiltag ift. indretning (med tanke på borgere med traumer)</p> <p>Personalets uddannelser eller efteruddannelser, hvad betyder de? (Forskelle mellem uddannelse og opkvalificering/efteruddannelse?)</p> <p>Ledelsen, hvad bliver dens rolle?</p> <p>Samarbejdet mellem ansatte, inkl. ift. enkelte borgere, hvordan bør det indrettes? (Er det fx mest hensigtsmæssigt, at flere ansatte 'deles' om en borger, eller er det bedre, at borgeren altid/helst kommunikerer med den samme ansatte?)</p> <p>Samarbejdet mellem borgere og ansatte, hvor går grænserne fx i forhold til medinddragelse? Er det vigtigt at være tydelige om rollefordelinger eller bedre at tilpasse sig løbende?</p> <p>Supervision af personalet, er det nødvendigt? Hvorfor og hvem skal fortage supervisionen?</p> <p>Hvordan skal personalet 'klædes på' ift. at kunne kapere borgernes traumer? Hvad med traumer (og triggere) blandt personalet?</p>
Afslutning	<p>Her til slut, tænker I overhovedet, at opmærksomhed på traumer er noget nyt – særligt på det sociale område? Eller er det 'old news'?</p> <p>Og til allersidst, hvis I skal pege på en, to eller tre ting, som er vigtige for os at tage med i rapporten, hvad vil I så pege på?</p> <p>(Efter interviewet, gerne løs snak om prototyper, udfordringer ved at producere en prototype på det her område, som er relativt omfattende. Hvad betyder de store forskelle i målgruppen for arbejdet med et lave en prototype, som skal kunne rumme hele målgruppen?)</p> <p>På baggrund af undersøgelsen udgiver vi en rapport til foråret 2022. Rapporten bliver offentliggjort og udgivet på VIVEs hjemmeside, og den er gratis at downloade, og den kan lovligt deles med andre.</p> <p>Tak for jeres medvirken!</p>

VIVÉ