

Vidensafdækning af traume- bevidste tilgange i en dansk kontekst

Børne- og ungeområdet



*Vidensafdækning af traumebevidste tilgange i en dansk kontekst
– Børne- og ungeområdet*

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-054-2

Projekt: 302208

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

De seneste 20 år er der kommet et stigende fokus på behovet for at imødegå den omfattende byrde, som uidentificerede og ubehandlede traumer medfører for børn, unge, familier og samfundet som helhed. I en række lande har det medført, at man på forskellige områder er begyndt at arbejde ud fra en *traumebevidst tilgang*. Tilgangen handler på det sociale område om, at man har fokus på at identificere børn og unge, som har været udsat for traumer, og sørger for at understøtte, at børn og unge kan komme sig efter traumer blandt andet gennem pædagogiske tilgange og psykosociale indsatser. Derudover handler tilgangen om at forebygge traumevandring fra omsorgspersoner til børn.

Rapporten kortlægger på baggrund af kvalitative ekspertinterviews samt en hurtig systematisk litteratursøgning, hvad der aktuelt findes af viden om traumebevidste tilgange og indsatser til udsatte børn og unge. Formålet er at præsentere et vidensgrundlag, som en eventuel udvikling af kommunale indsatser vil kunne tage udgangspunkt i. Fokus for rapporten er derfor ikke den specialiserede traumebehandling, men hvordan myndigheder og frontpersonale på det sociale område kan møde og støtte børn og unge i mistrivsel – i eksempelvis familiehuse, på anbringelsessteder, i PPR, i sundhedsplejen, børnehuse mv.

Rapporten er blevet til under løbende sparring med Gøye Thorn Svendsen og Bente Marianne Olsen fra Socialstyrelsen. Vi takker for det gode og produktive samarbejde og de indsigtfulde kommentarer undervejs, som har forbedret rapporten betragteligt. Endelig har rapporten været i internt review hos ph.d. Nichlas Permin Berger, som har stor erfaring med forskning inden for ungeområdet. Vi ønsker også at rette en særlig tak til deltagerne i ekspertinterviewene: Cecilie Østmoe, Edith de Montgomery, Sille Schandorph Løkkegaard, Heine Steinkopf, Jason Lang, Jonathon Passmore, Mette Blauenfeldt, Mads Ted Drud-Jensen, Stig Winther Petersen, Pernilla Rempe Sjöstedt, Amanda Angelöw og Lane Lund. Uden deres tid og deltagelse var denne rapport ikke blevet til noget.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Socialstyrelsen og er gennemført af chefanalytiker Christoffer Scavenius (projektleder) og analytiker Katrine Schneekloth Friis Nielsen (projektmedarbejder).

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social



Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	5
---------------	---

1	Indledning	10
---	------------	----

2	Tilgang og metode	14
2.1	Kvalitative interviews	15
2.2	Systematisk litteratursøgning	18

3	Resultater	29
3.1	Operationaliseringer af en traumebevidst tilgang	30
3.2	Screening	32
3.3	Udredning	43
3.4	Videns- og kompetenceopbygning	49
3.5	Resiliens og beskyttende faktorer	63
3.6	Forældres og omsorgspersoners traumer	68
3.7	Tværgående samarbejde	69
3.8	Sekundær traumatisering	73

4	Opsummering og perspektivering	78
4.1	Begrænsninger	82
4.2	Perspektiver	83

Litteratur	86
------------	----

Bilag 1	Oversigt over søgestrategi	92
---------	----------------------------	----

Bilag 2	Oversigt over skandinaviske studier	94
---------	-------------------------------------	----

Sammenfatning

En række indsatser, organisationer og hele byer rundt om i verden er begyndt at arbejde ud fra en *traumebevidst tilgang (TBT)*. Tilgangen bygger på traume-teori og opstod i USA i 00'erne, i forbindelse med at omfattende studier havde vist tydelige negative sammenhænge mellem belastende barndomsoplevelser og fysisk og psykisk sundhed senere i livet. Tilgangen er efterhånden udbredt til mange forskellige kontekster (fx børne- og ungeområdet, sundhedsområdet, skoleområdet m.m.) særligt i USA og Storbritannien. TBT relaterer sig ikke kun til den sundhedsfaglige opgave med at tilbyde specialiseret traumebehandling, men handler på det sociale område også om, hvordan man gennem en traumebevidst tilgang har opmærksomhed på at identificere børn og unge, som har været udsat for traumer, og blandt andet gennem pædagogiske tilgange og psykosociale indsatser understøtte, at børn og unge kan komme sig efter traumer, og forebygge, at omsorgspersoners traumer overføres til børn.

Denne rapport har ud fra en række ekspertinterviews samt en begrænset systematisk litteratursøgning af eksisterende nordisk og international litteratur (Rapid Evidence Assessment) søgt at afdække aktuelt bedste viden om brug af traumebevidste tilgange (TBT) i det sociale arbejde med udsatte børn og unge. På denne baggrund har vi identificeret og syntetiseret mulige kerneelementer i TBT i en dansk kommunal kontekst.

Da formålet er at blive klogere på kerneelementer i TBT i en dansk praksis og kontekst, og forskningen her er stærkt begrænset, hviler analysen af kerneelementer hovedsageligt på skandinaviske eksperters viden og praksiserfaringer. TBT har været implementeret i det norske Barnevern i en årrække og er efterhånden også noget udbredt i det svenske skolevæsen, og derudover findes der en række videnscentre og praktikere herhjemme, som arbejder med traumer på det sociale område ud fra tilgange, som er i tråd med TBT. Dermed er der relevante erfaringer at hente fra skandinavisk praksis, som vi i rapporten udfolder og relaterer til de kerneelementer, som man har udpeget på baggrund af en mangeårig udvikling af traumebevidste tilgange i USA, med formålet om at identificere mulige kerneelementer i en dansk kontekst. Vi har valgt at lade The National Child Traumatic Stress Networks (NCTSN) overordnede principper for TBT danne rammen for vores analyse, da de hviler på ekspertmiljøets mangeårige erfaringer og forskning omkring TBT i arbejdet med børn og familier og forholder sig til en række praksisser fra konkrete interaktioner til overordnede organisatoriske niveauer. Foruden indsigterne fra interviewene hviler analysen af kerneelementer på viden fra litteraturstudiet samt NCTSN's og et norsk ekspertmiljøes operationaliseringer af, hvordan man arbejder traumebevidst i praksis i arbejdet med børn og unge.

De eksisterende studier peger på, at der generelt tages godt imod tilgangen blandt ansatte, der oplever den som relevant for deres arbejde, og at den ser ud til at påvirke børn og unges udvikling positivt. Kvaliteten af de eksisterende studier er dog som oftest ret lav, hvorfor man ud fra den eksisterende litteratur endnu ikke kan afgøre, om TBT har en positiv effekt. Den manglende kvalitet i studierne hænger ifølge de forskere, vi har talt med, blandt andet sammen med, at der ikke findes gode mål for, hvad det vil sige at arbejde traumebevidst i praksis. Der er aktuelt ikke forskning, der kan sige noget om, hvordan man går fra de forskellige udgaver af overordnede principper for TBT til den enkelte medarbejders konkrete praksis, for at TBT kan få en betydning for børn og unge, som har været udsat for traumer. Derfor er både internationale og skandinaviske ekspertmiljøer aktuelt ved at udvikle bud på operationaliseringer af de overordnede principper for TBT på baggrund af deres erfaringer og forskningsresultater.

Overordnet set finder rapporten, at en traumebevidst tilgang i en dansk kommunal praksis indbefatter følgende syv kerneelementer:

Screening

For det første må man arbejde ud fra en erkendelse af, at rigtig mange børn hvert år er udsat for potentielt traumatiserende hændelser, og samtidig er der forskellige forhold, der gør, at børnene ikke altid identificeres. Det har store omkostninger for den enkelte og for samfundet, hvorfor det er en vigtig del af en traumebevidst tilgang, at man *aktivt søger at opspore* traumeproblematikker hos børn og unge. Gennem brug af screeningsredskaber og/eller observationer og samtale må man undersøge, om barnet har været ude for en potentielt traumatiserende hændelse (under den brede kategori for Adverse Childhood Experience – ACE), hvordan barnet reagerer på hændelsen, og hvad barnet i øvrigt har af vanskeligheder og ressourcer. Her spiller frontpersonale på det sociale område en vigtig rolle, da de har en særlig position i forhold til at kunne identificere problematikkerne, da mange af børnene ikke selv kommer i kontakt med myndigheder eller sundhedsvæsen. Det er afgørende, at de føler sig klædt på til opgaven, eftersom der ses en tendens til berøringsangst blandt frontpersonalet, og da traumeproblematikker af forskellige årsager kan være vanskelige at få øje på.

Udredning

En traumebevidst tilgang indebærer derudover at arbejde ud fra en forståelse af, at børn og unges reaktioner på traumer ofte er komplekse og let kan forveksles med andre former for vanskeligheder. Det er derfor nødvendigt, at man har en *grundig, helhedsorienteret og tværfaglig tilgang til at forstå og udrede* børns behov for støtte og behandling, som varetages af uddannet personale. En vurdering af, hvordan traumeproblematikken belaster barnet, indebærer, at man forholder sig til risiko- og beskyttende faktorer i og omkring barnet, herunder at man må have et særligt fokus på barnets nære relationer.

Videns- og kompetenceopbygning

Dette kerneelement er en grundlæggende forudsætning for de øvrige kerneelementer i TBT – at man *sikrer alle medarbejdere den nødvendige viden og kompetencer til at kunne arbejde traumebevidst*. Det indbefatter blandt andet, at medarbejderne har viden om traumer og traumers udbredelse, hvordan traumer påvirker børns adfærd, udvikling og relationer, samt hvordan traumer påvirker medarbejderne selv. Det betyder ikke, at alle faggrupper skal have samme niveau af viden, men det er en vigtig del af TBT, at de professionelle har en fælles viden at stå på og derudover får koblet den mere specialiserede viden om traumer og traumeproblematikker på den erfaring og den fagkundskab, som medarbejderne i forvejen har. For at kunne arbejde traumebevidst må medarbejderne desuden have en række kompetencer. En særskilt vigtig kompetence er evnen til at møde barnet på en måde, som skaber tryghed, og som støtter barnet til at opbygge eller genopbygge evnen til at danne tillidsfulde relationer, hvilket blandt andet stiller krav til den voksnes egne regulering- og mentaliseringsevner. For at arbejde med dette kerneelement i praksis peger eksperterne på, at der ud over en grundlæggende træning for alle medarbejdere også er behov for løbende opfølgning og supervision, som kan hjælpe medarbejderne med at oversætte viden om TBT til deres daglige praksis i arbejdet med udsatte børn og unge.

Resiliens og beskyttende faktorer

Kerneelementet indebærer, at overordnede interventioner såvel som konkrete interaktioner med børn og unge, som har været udsat for traumer, må være målrettet at *understøtte resiliens og styrke indre såvel som ydre beskyttende faktorer*. Dette kan blandt andet indebære at arbejde med børnenes mentali-

seringsevne og affektregulering samt støtte dem til at genskabe følelse af mestring og kontrol. Derudover er det afgørende at støtte børnene til at udvikle eller genopbygge interpersonel tillid, da sociale relationer er en særligt betydningsfuld beskyttende faktor, blandt andet ved at have fokus på at styrke deres nære relationer samt understøtte børnenes deltagelse i sociale fællesskaber. Derudover peges der på vigtigheden af at sikre barnets basale behov og trygge rammer.

Forældres og omsorgspersoners traumer

Dette kerneelement omhandler, at man ud fra en traumebevidst tilgang til at arbejde med børn og unge også må have fokus på, hvordan forældre/omsorgspersoners eventuelle egne traumeproblematikker eller øvrige vanskeligheder belaster barnet og familien som helhed og har betydning for forældre/omsorgspersoners muligheder for at støtte barnet i at komme sig. Derudover handler kerneelementer også om, hvordan man i et større perspektiv må have fokus på at forebygge og behandle traumer hos forældre/omsorgspersoner, da traumer kan nedarves fra generation til generation. Dette betyder blandt andet, at en traumebevidst tilgang i det sociale arbejde med børn og unge må indebære forebyggende interventioner over for kommende forældre, der selv har været udsat for traumer.

Tværgående samarbejde

En vigtig pointe i TBT, som går på tværs af flere af kerneelementerne, er, at man i det sociale arbejde må være bevidst om, at alle voksne omkring barnet har en betydning for at kunne støtte barnet i at komme sig efter traumer. Det er derfor afgørende, at de voksne, som er omkring barnet i hverdagen (fx forældre/omsorgspersoner og pædagoger/lærere/andet frontpersonale), alle har den nødvendige viden og forståelse for, hvordan barnets vanskeligheder er relateret til traumeoplevelsen, så de kan møde og støtte barnet på en måde, som undgår retraumatisering og hjælper barnet til at komme sig. Derfor er det en vigtig del af TBT, at man sikrer *tværgående samarbejde og vidensdeling* for at sikre, at de voksne omkring barnet kan arbejde i samme retning ud fra en fælles forståelse af barnets og evt. familiens situation. Det handler ligeledes om, hvordan man gennem overordnede retningslinjer og procedurer sikrer samarbejde og koordination på tværs af de instanser, som er nødvendige for, at barnet modtager den rette hjælp og støtte i forhold til de ofte komplekse behov, som en traumeproblematik kan medføre.

Sekundær traumatisering

I TBT er *forebyggelse af sekundær traumatisering* en central del af at arbejde med udsatte børn og unge, idet de ansattes trivsel har direkte betydning for, i hvilken grad de kan imødekomme traumatiserede børn og unges behov for at have stabile og støttende voksne omkring dem. Derudover er det en indlejret del i en traumebevidst tilgang, at man søger at forebygge yderligere traumatisering – hos ansatte såvel som hos børn og unge. Ekspertene peger på nødvendigheden af at have strukturer og procedurer, som sikrer tilstrækkeligt med støtte og supervision til de ansatte samt understøtter en arbejdskultur med et stærkt kollegialt fællesskab, hvor man kan være åben om egne psykiske belastninger og sårbarheder.

Kerneelementerne skal forstås som udvalgte forskere, praktikere og ekspertmiljøers erfaringsbaserede og til dels forskningsbaserede bud på, hvad en god og virkningsfuld tilgang til arbejdet med at støtte børn og unge, som har været udsat for traumer (samt forebyggelse af traumer), vil indebære af centrale elementer. Dermed kan de ikke siges at være evidensbaserede, ligesom vi ikke kan afgøre, om alle kerneelementer er lige vigtige, eller om der vil kunne tilføjes yderligere kerneelementer. Kerneelementerne understøtter i vid udstrækning hinanden og afspejler således, at TBT i sin essens er en overordnet tilgang, hvor helheden potentielt vil have en større effekt end de enkelte dele tilsammen.

Da kerneelementerne endnu er formuleret på et relativt overordnet principniveau, og det sociale område dækker en bred vifte af kontekster og faggrupper, vil de fleste organisationer skulle tilpasse TBT-principperne til deres konkrete kontekst. Det kan eksempelvis være ved at nedsætte en ekspertgruppe bestående af traumeeksperter, fagpersoner/frontpersonale og unge og familier med en traumehistorik, som har erfaring med systemet, som kan drøfte, hvordan en traumebevidst praksis kunne se ud i en given kontekst. I rapporten beskrives en række ressourcer og materialer, som aktuelt udvikles af forskningsmiljøer på området, ligesom der efterhånden er en del erfaringer fra skandinaviske kontekster, som en eventuel udvikling af kommunale initiativer vil kunne tage udgangspunkt i.

1 Indledning

I gennem de sidste to årtier har omfattende forskning fundet evidens for en sammenhæng mellem traumer eller belastende livsbegivenheder i barndommen og udvikling af psykiske lidelser (fx angst og depression), kroniske somatiske sygdomme (fx kræft) samt en række sociale problemstillinger (fx lavt uddannelsesniveau og kriminalitet) (Hughes et al., 2021). Det har derfor stor betydning for den enkeltes livskvalitet, og for samfundet som helhed, at mange børn og unge udsættes for traumer og belastende livsbegivenheder, særligt da forskning samtidig viser, at traumerne ofte overses, og årsagen til deres mistrivsel og udfordringer mistolkes. Dansk forskning peger på, at 6 % af danske børn er i høj risiko for at opleve traumer, blive traumatiseret og have behov for behandling (Alkærsg et al., 2020), og forskning fra WHO anslår, at udgifterne til følgevirkninger efter traumer og belastende livsbegivenheder i Danmark bare på sundhedsområdet udgør 2,3 % af BNP (Hughes et al., 2021).

Hos børn og familier tilknyttet det sociale velfærdssystem ses der ofte en høj forekomst af traumer med relaterede mentale helbredsproblemer, og der er en stigende erkendelse af, at behandlingsindsatser ikke kan stå alene, men at der er brug for en overordnet strategi på tværs af offentlige systemer og institutioner. Flere og flere indsatser, organisationer og hele byer rundt om i verden er begyndt at arbejde ud fra en *traumebevidst tilgang* (Bunting et al., 2018; Lang et al., 2015; Østmoe, 2020; Samhsa, 2014; Walsh, 2018).

Traumebevidste tilgange optræder i den internationale litteratur for det meste under betegnelsen Trauma Informed Care (forkortet TIC), men også Trauma Informed Practice (TIP) eller Trauma Informed Approach henviser til overordnede organisatoriske tilgange, der omfatter kulturer, politikker og praksisser, som grundlæggende forholder sig til den mulighed, at klienters eller borgeres problemer kan være udtryk for tidligere eller aktuelle traumeoplevelser (Bunting et al., 2018; Hanson & Lang, 2016; Steinkopf, 2021). Tilgangen bygger på traumeteori og blev udviklet i begyndelsen af 00'erne i kølvandet på resultaterne fra ACE-studierne (Adverse Childhood Experiences), som fandt tydelige negative sammenhænge mellem belastende barndomsoplevelser og fysisk og psykisk sundhed senere i livet (fx øget risiko for psykisk sygdom, misbrug og cancer), og at risikoen steg med antallet af belastende hændelser, som den enkelte havde oplevet (Felitti et al., 1998; Lang et al., 2015; Mihelicova et al., 2018; Walsh, 2018). Studierne gav anledning til et paradigmeskift fra at møde borgere og klienters problemer og behov med spørgsmålet "Hvad er der galt med dig?" til "Hvad er der sket med dig?". Tilgangen skal ikke forstås som en behandlingsmetode, men som en holistisk tilgang, der *inkluderer* traumespecifik udredning og behandling, men også rækker ud over disse og forholder sig

til, at *konteksten* for, hvordan man adresserer traumer eller tilbyder behandling, er ligeså afgørende for traumeoverleveres mulighed for at komme sig (Mihelicova et al., 2018; SAMHSA, 2014).

Begrebet traumer kan defineres på forskellig vis, og er i forbindelse med en traumebevidst tilgang af SAMHSA defineret som en hændelse, en serie af hændelser eller omstændigheder, som individet oplever som fysisk eller psykisk skadelige, eller livstruende, og som har vedvarende negativ indvirkning på individets funktionsevne og mentale, fysiske, sociale, emotionelle eller sjælelige velvære (SAMHSA, 2014). Denne definition er derfor bredere end, hvad man har defineret som diagnostiske traumekriterier i diagnosemanualerne, eftersom man i traumebevidste tilgange ikke er optaget af diagnoser eller har fokus på specialiseret traumebehandling (Bunting et al., 2018; Østmoe, 2020). På baggrund af ACE-forskningen er formålet i stedet at lade den bredere forståelse af, hvad belastende begivenheder har af betydning for menneskers trivsel, være udgangspunkt for, hvordan møder og forstår menneskers adfærd og problemer. Med ordet *traumer* refererer vi i denne rapport derfor til hændelser, som foruden klassiske traumatiske begivenheder som ulykker, krig og naturkatastrofer også inkluderer barndomstraumer og omstændigheder svarende til ACE¹-kategorien. Herunder hører alle former for fysisk og følelsesmæssig forsømmelse, der i sig selv ikke nødvendigvis er traumatiserende, men som over tid vil kunne medføre, at barnet udvikler emotionelle, adfærdsmæssige og sociale vanskeligheder (Bunting et al., 2018; Felitti et al., 1998).

En række organisationer og eksperter har beskrevet overordnede definitioner af og principper for, hvad det vil sige at arbejde traumebevidst som system eller organisation (Hanson & Lang, 2016; Steinkopf, 2021). De mest citerede af disse er udviklet af Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Deres definition af en "Trauma-Informed Approach" bygger på følgende fire kerneelementer, der indebærer, at man: 1) erkender de vidtrækkende konsekvenser af traumer, 2) genkender tegn og symptomer på traumer, 3) responderer ved at integrere viden om traumer med politikker, procedurer og praksisser, og 4) arbejder for at undgå re-traumatisering. Derudover opererer SAMHSA med seks principper for en traumebevidst tilgang, som har overskrifterne: 1) tryghed, 2) pålidelighed og gennemsigtighed, 3) peer-støtte, 4) samarbejde og gensidighed, 5) empowerment og 6) kulturelle, historiske og kønsmæssige problemstillinger (SAMHSA, 2014). Principperne anvendes af adskillige initiativer og programmer for traumebevidste tilgange (Bunting et al., 2018; Lang et al., 2015; Østmoe, 2020), og det er ligeledes SAMHSAs defi-

¹ ACE-studiet fandt følgende faktorer eller hændelser som værende i kategorien for belastende barndomsoplevelser: fysisk vold, psykisk vold, vold mellem forældre, fængslet forælder, seksuelle overgreb, fysisk omsorgssvigt (fx sult), psykisk omsorgssvigt (ikke føle sig vigtig eller værdsat), rusmiddelsafhængighed hos forælder, psykisk sygdom hos forælder, forældres skilsmisse eller separation.

nition, der har været grundlaget for den danske oversættelse af Trauma Informed Approach til Traume-Bevidst Tilgang (TBT)², som Det Nationale TBT Center³, har forestået.

The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) er en enhed under SAMHSA, som blev etableret i år 2000 med det formål at øge tilgængeligheden og kvaliteten af tilbud til børn og familier, som har været udsat for traumer⁴. Netværket består af frontpersonale, familiemedlemmer, forskere og forskellige interessenter, som med baggrund i SAMHSAs overordnede principper har defineret en traumebevidst organisation på Børne- og familieområdet, som en organisation der arbejder med følgende syv principper: 1) *screener* rutinemæssigt for traumer og relaterede symptomer, 2) *udreder* og behandler traumatisering og relaterede psykiske helbredsproblemer ud fra evidensbaserede og kulturelt tilpassede metoder, 3) sikrer *videns- og kompetenceopbygning*, så børn, familier og frontmedarbejdere har tilgængelig information om traumer, traumers betydning samt behandling af traumer, 4) arbejder for at styrke *resiliens og beskyttende faktorer* for familier, som påvirkes af og er i risiko for traumer, 5) adresserer *forældres og omsorgspersoners traumer*, og hvordan traumerne påvirker familien, 6) har fokus på kontinuitet og *samarbejde på tværs af systemer* inden for børneområdet, 7) opretholder en arbejdskultur, som adresserer, minimerer og behandler *sekundær traumatisering* og som øger ansattes trivsel.

I rapporten vil vi afdække eksisterende viden om traumebevidste tilgange i sociale indsatser over for sårbare børn og unge. Formålet med rapporten er at skabe et vidensgrundlag for Socialstyrelsens kommende opgaver på området og for arbejdet med at understøtte danske kommuner i deres stigende fokus på børn og unges traume- og belastningsreaktioner. Specifikt er formålet med undersøgelsen, at:

- Afdække aktuelt bedste viden om brug af traumebevidste tilgange i det generelle sociale arbejde med sårbare børn og unge under 18 år⁵ med en begrænset litteratursøgning, herunder kortlægge eventuelle videnshuller i denne litteratur.
- Identificere og syntetisere virkningsfulde kerneelementer i en traumebevidst tilgang på baggrund af vidensafdækningen, herunder hvis muligt vurdere, hvilke elementer der tilsammen forventes at give størst effekt i en dansk kommunal kontekst.

² Vi vælger at benytte TBT som betegnelse for traumebevidste tilgange uanset, hvilket sprog det er oversat fra.

³ Nationalt TBT Center (psykiatri-regionh.dk)

⁴ <https://www.nctsn.org/>

⁵ Af hensyn til læsevenligheden vil vi i rapporten generelt referere til målgruppen som "børn".

Rapporten bygger på interviews med skandinaviske og internationale eksperter, som vi supplerer med en litteraturgennemgang af nyere international og nordisk forskning om traumebevidste tilgange. Da SAMHSAs og NCTSN's principper for en traumebevidst tilgang er de mest udbredte i den internationale TBT-litteratur, vil disse også danne rammen for analysen af kerneelementer i en traumebevidst praksis i en dansk kommunal kontekst. I næste kapitel præsenteres projektdesignets metode. Dette kapitel er for den interesserede læser, som ønsker en dybere indsigt i dataindsamlingen. Læseren, der blot er interesseret i, hvordan man kan arbejde med traumebevidste kerneelementer i en dansk kontekst, kan springe metodekapitlet over og gå direkte til resultatkapitlet (kapitel 3). I det sidste kapitel opsummerer vi hovedresultater og perspektiver vores fund (kapitel 4).

2 Tilgang og metode

I undersøgelsens indledende faser blev vi opmærksomme på, at den nordiske litteratur om TBT for børn og unge er stærkt begrænset, mens den internationale litteratur er mere omfangsrig, men generelt baseret på forskning som ikke har tilstrækkelig kvalitet i forhold til at kunne vurdere effekten af TBT. Samtidig er indsatserne, der undersøges i den internationale litteratur, ofte på overordnede systemiske eller organisatoriske niveauer, da TBT som sagt ikke er en specifik metode, men en tilgang til arbejdet med børn og unge. Da indsatserne hovedsageligt er tilpasset amerikanske, britiske eller australske velfærdssystemer, kan erfaringerne fra de internationale studier derfor være svære at overføre til en dansk kommunal kontekst, hvor eksempelvis finansiering af velfærdsydelser eller uddannelsesniveau kan være anderledes. Da vi samtidig blev opmærksomme på, at man i Norge har arbejdet med at indføre TBT i Barnevernet siden 2012 (Bræin et al., 2017) og der er ambitioner om at gøre Oslo til en traumebevidst by (Østmoe, 2020b), samt at man i Sverige over de seneste fem år har udbredt TBT på en lang række af landets skoler (Rädda Barnen, 2018), besluttede vi at prioritere ressourcer i projektet på at indhente erfaringer med traumebevidste tilgange i en dansk/skandinavisk kontekst gennem ekspertinterviews. Analysen af kerneelementer hviler derfor hovedsageligt på eksperterns erfarings- og forskningsbaserede vurderinger af, hvad der er centrale elementer i en god og virkningsfuld tilgang til arbejdet med at støtte børn og unge, som har været ude for traumer. Det vil sideløbende blive suppleret med viden fra den gennemførte litteratursøgning i international og nordisk litteratur.

Metodeafsnittet er tiltænkt de læsere, som ønsker at dykke ned i maskinrummet og få et mere detaljeret indblik i designet, dataindsamlingsmetoderne og dermed vidensafdækningens begrænsninger. Vi begynder med en beskrivelse af de kvalitative ekspertinterviews og forsætter derefter med en detaljeret beskrivelse af litteratursøgningen.

2.1 Kvalitative interviews

Boks 2.1 Vidensafdækningen kvalitative interviews

Vidensafdækningen tager udgangspunkt i 10 kvalitative interviews, der overordnet har haft to forskellige formål:

- Indhente eksperters viden om forskningen på området med henblik på at informere og kvalificere litteratursøgningsstrategien og afdække eventuelle videnshuller
- Undersøge eksperters viden om og praksiserfaring med TBT samt deres vurdering af kerneelementer ved tilgangen.

Til det første formål har vi gennemført seks semistrukturerede interviews med udvalgte nordiske og internationale eksperter, som kender til forskningen på området. Til det andet formål har vi gennemført fire semistrukturerede interviews med videnscentre og praktikere, som arbejder på traumeområdet eller decideret med TBT, og som uddanner, superviserer eller samarbejder med professionelle, der arbejder med udsatte børn og unge. Desuden blev fire af de samme eksperter, som vi også interviewede til formål 1, ligeledes interviewet om deres erfaring med TBT og deres vurdering af kerneelementer. Tabel 2.1 indeholder en oversigt over de 10 eksperter.

Tabel 2.1 Oversigt over interviewede eksperter

Ekspertinterviews	Sted/organisation	Navn	Om forskning/erfaring m. indsatser og/eller kerneelementer
Nordiske forskere/eksperter	(NO) Psykolog i barnevernet og tidligere projektleder på "Felles innsats for barn og unge – Oslo som traumeinformert by"	Cecilie Østmoe	Forskning og erfaring
	(DK) Psykolog og tilknyttet som gæsteforsker i MESU	Edith de Montgomery	Forskning
	(DK) Psykolog og forsker ved Videnscenter for Psykotraumatologi, SDU	Sille Schandorph Lykkegaard	Forskning og kerneelementer
	(NO) Psykolog og forsker ved RVTS sør	Heine Steinkopf	Forskning og erfaring og kerneelementer
Internationale forskere/eksperter	(US) Psykolog og leder af CHDI's enhed for TBT samt forsker tilknyttet NCTSN	Jason Lang	Forskning og kerneelementer
	(WHO) Program manager og leder af netværk for TIPACE	Jonathon Passmore	Forskning
Praktikere/videnscentre	(DK) Center for Udsatte Flygtninge (en del af DRC Dansk Flygtningehjælp).	Mette Blauenfeldt og Mads Ted Drud-Jensen	Erfaring og kerneelementer
	(DK) VISO-specialist og psykolog hos Januspsykologerne	Stig Winther Petersen	Erfaring og kerneelementer
	(SE) Rädda barnen, TMO Team (Traumemedveten Omsorg)	Pernilla Rempe Sjøstedt og Amanda Angelöw	Erfaring og kerneelementer
	Børnehus Syd, afdelingsleder	Lane Lund	Erfaring og kerneelementer

Note: MESU: Danish Research Centre for Migration, Ethnicity and Health. SDU: Syddansk Universitet. RVTS Sør: Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebyggelse. CHDI: The Child Health and Development Institute. NCTSN: National Child Traumatic Stress Network. WHO: World Health Organization. TIPACE: Trauma Informed Prevention of Adverse Childhood Experience. DRC: Danish Refugee Council.

2.1.1 Design

Udvælgelsen af eksperter er sket med udgangspunkt i VIVEs og Socialstyrelsens kendskab og kontakter til relevante videnscentre og eksperter. Derudover har vi gennem litteratursøgningen og interviews identificeret øvrige centrale eksperter på området. Interviewene er derudover naturligvis begrænset til, hvem der havde tid til at lade sig interviewe med kort varsel.

Interviewene var alle af ca. en times varighed og blev afholdt over telefon eller som onlinemøde dels pga. store afstande og dels pga. coronasituationen. Kun et enkelt interview blev afholdt i VIVEs lokaler i København.

Overordnet var formålet med interviewene var at få udfoldet eksperternes erfaringer med, hvad der har særlig betydning i arbejdet med børn og unge, som har eller potentielt har været udsat for traumer. Interviewene havde derfor en eksplorativ karakter, hvor eksperterne dels blev stillet åbne spørgsmål om deres erfaringer med TBT og syn på kerneelementer og dels blev forelagt hovedfund fra litteratursøgningen, som vi ønskede deres perspektiver på. Desuden var de senere interviews i projektet informeret af viden indhentet fra tidligere interviews.

Som følge af variationen i eksperternes professioner, placeringer og kendskab til området, samt hvornår i litteratursøgningsprocessen de er blevet interviewet, er spørgeguiden tilpasset hver enkelt interview. Hovedsagligt har vi dog spurgt alle eksperterne om deres:

- Kendskab til eventuel eksisterende systematisk litteratursøgning på feltet
- Kendskab til universiteter/videnscentre, som særligt forsker på dette område. Herunder evt. forslag til andre eksperter, der ville være relevante at interviewe
- Vurdering af og forslag til vidensafdækningens konkrete søgestrategi (valg af søgeord, databaser mv.) samt foreløbige resultater (her særligt den sparsomme forskning i effekten af TBT for målgruppen internationalt og den begrænsede forskning i TBT i skandinaviske lande)
- Vurdering af eventuelle videnshuller i litteraturen.

De skandinaviske eksperter blev desuden spurgt til deres:

- Kendskab til relevante konkrete indsatser samt evt. tilknyttet forskning/evaluering.

2.1.2 Analyse

Samtalerne blev optaget og ved gennemlytning er centrale pointer og praksisbeskrivelser syntetiseret i forhold til forskellige traumebevidste kerneelementer. Mere specifikt har vi i analysen af kerneelementer valgt at syntetisere eksperternes pointer ud fra NCTSN's syv principper for TBT. Som beskrevet i indledningen, findes der en række forskellige definitioner og overordnede principper for TBT. Alle disse tilgange kunne danne udgangspunkt for analysen af kerneelementer. Vi har specifikt valgt at anvende NCTSN's principper, fordi de for det første hviler på mange års udvikling, forskning i og erfaring med TBT. For det andet er de relateret til SAMHSA's overordnede principper, der er de mest udbredte i den internationale TBT-litteratur. For det tredje har

de været udgangspunkt for den danske oversættelse af TBT i psykiatrien/voksenområdet. For det fjerde omfatter principperne en bred vifte af praksisser for såvel mødet med det enkelte barn som for overordnede organisatoriske forhold. Analysen af vores ekspertinterviews viste også, at alle pointerne nemt kunne rummes i NCTSN's principper. I stedet for selv at udvikle et nyt sæt af kerneelementer på baggrund af eksperternes pointer, har vi derfor valgt at lade NCTSN's syv principper danne udgangspunkt for syntetiseringen af kerneelementer. I resultatafsnittet beskriver vi derfor syv kerneelementer, der modsvarer NCTSN's syv principper. Kerneelementerne operationaliseres hovedsageligt på baggrund af de danske/skandinaviske eksperters beskrivelser af og eksempler på traumebevidste praksisser med det formål at relatere kerneelementerne til en dansk kommunal kontekst. Derudover inddrages relevant forskning og praksisbeskrivelser fra litteratursøgningen i analysen af kerneelementerne.

Undervejs i interviewene med de internationale eksperter blev vi desuden gjort opmærksomme på, at man i forskellige ekspertmiljøer, herunder NCTSN, aktuelt arbejder med at operationalisere principperne til praksisniveau gennem udvikling af assessment-værktøjer, som organisationer kan bruge til at vurdere, i hvilken udstrækning de arbejder traumebevidst. Selvom de mere konkrete amerikanske operationaliseringer ikke nødvendigvis passer ind i en dansk kommunal kontekst, og det ikke var muligt at få eksperterne til at forholde sig til disse, da assessment-værktøjerne først blev indhentet sent i interviewprocessen, har vi alligevel valgt at lade NCTSN's værktøj være centralt i analysen af kerneelementerne. Det har vi valgt, dels fordi vi finder det relevant at belyse, at vi fandt betydelige overlap mellem de skandinaviske eksperters og NCTSN's operationaliseringer af principperne, og dels da der også ligger mange års forskning og erfaring bag NCTSN's operationaliseringer, som kan være med til at identificere og konkretisere kerneelementer i TBT. I de tilfælde, hvor vi ikke har tilsvarende praksisbeskrivelser fra skandinaviske eksperter, har vi derfor alligevel valgt at inkludere de amerikanske praksisbeskrivelser, hvor vi ikke fandt grund til at tro, at de ikke ville være relevante i en dansk kontekst. NCTSN's værktøj introduceres nærmere under første afsnit i rapportens Resultater 3.1.

2.2 Systematisk litteratursøgning

2.2.1 Design

Information fra interviewene er suppleret med en litteratursøgning designet efter søgemetoden Rapid Evidence Assessment (REA). REA er en metode til gennemførelse af litteraturstudier af høj kvalitet og systematik, som også kendetegner en systematisk forskningskortlægning, men som er udviklet med henblik på

at kortlægge og indhente eksisterende viden over en forholdsvis kort periode (Thomas, Newman & Oliver, 2015). I en REA anvendes samme systematiske tilgang til søgning og screening af litteratur som i en systematisk forskningskortlægning. Forskellen mellem de to tilgange er, at der i forbindelse med en REA ikke søges nær så bredt, dybt eller omfangsrigt, men inden for afgrænsede kriterier. Således gennemføres REA hurtigere end en traditionel, fuldt systematisk forskningskortlægning eller et fuldt systematisk review, hvorved der på kort tid kan skabes overblik over et afgrænset forskningsfelt. Ulempen er naturligvis, at søgningen afgrænses og derfor kan overse relevant litteratur.

Litteratursøgningen er foregået gennem en iterativ proces, hvor søgestrategien er tilpasset til udvalgte databaser. Der er foretaget en række indledende søgninger med forskellige søgeord og afgrænsninger, og ud fra søgeresultaternes relevans og omfang i forhold til projektets mål og rammer er søgestrategien blevet tilpasset. Det har været sigtet, at litteratursøgning skulle munde ud i en nettoliste på ca. 300 studier til screening, hvoraf ca. 30 studier/artikler skulle udvælges til fuldtekst-screening, og ca. 20 artikler kunne inkluderes i vidensafdækningen. I det følgende vil beskrive vi detaljerne i denne proces og søgestrategi.

I det følgende beskrives alle detaljerne i søgestrategien. Selvom det er en længere metodebeskrivelse, har vi inkluderet beskrivelsen her, så andre, der ønsker at foretage en tilsvarende og evt. mere omfangsrig litteratursøgning efter traumebevidste tilgange med relevans for Norden, kan få et indblik i relevante søgekriterier og omfanget af litteraturen. Konklusionen på afsnittet er, at vi fandt syv nordiske studier og 14 nyere internationale reviews, der er relevante for vidensafdækningen og derfor vil supplere data var ekspertinterviewene i det efterfølgende resultatkapitel (kapitel 3).

Overordnet søgestrategi/afgrænsning af litteratursøgningen

Idet genstandsfeltet ikke er tydeligt defineret, har det været en central del af vidensafdækningen at nå frem til en pragmatisk, men meningsfuld, afgrænsning af litteratursøgningen. VIVE har derfor arbejdet med en trinvis søgestrategi, hvor litteratursøgninger, ekspertinterviews og workshops med Socialstyrelsen iterativt har informeret hinanden. Formålet har været at afgrænse litteratursøgningen til nyere litteratur, der kunne belyse kerneelementer i en traumebevidst tilgang. Søgningen har sigtet mod i videst muligt omfang at inkludere nordisk litteratur på området, da den forventes at have den største relevans for en dansk kommunal kontekst.

I forhold til den internationale litteratur viste indledende søgninger, at mængden af litteratur, som benytter sig af betegnelsen "TIC", langt oversteg rammerne for REA-metoden (en søgning i en enkelt database, SSCI, på "TIC AND Child*" fra

2010-2021 gav ca. 800 hits). Samtidig viste de indledende søgninger, at der efterhånden er blevet udarbejdet adskillelige relevante reviews af litteraturen om traumebevidste – og traume-fokuserede tiltag på børne- og ungeområdet (Bailey et al., 2019; Bargeman et al., 2021; Bunting et al., 2019; Champine et al., 2019; Roseby & Gascoigne, 2021; Zakszeski et al., 2017). Vi besluttede derfor at begrænse den internationale systematiske litteratursøgning til nyere reviews på området for således at skabe et overordnet billede af den aktuelle internationale forskning i TBT. Derudover blev det besluttet, at den systematiske litteratursøgning i internationale databaser desuden skulle inkludere en søgning efter studier fra Danmark, Norge og Sverige. Formålet var at opspore og indhente erfaringer fra en skandinavisk kontekst, som potentielt vil udgøre et mere praksisnært vidensgrundlag for en dansk kommunal kontekst.

De indledende søgninger i skandinaviske databaser samt indsigter fra ekspertinterviews viste, at arbejdet med TBT-indsatser i relation til børn og unge er særdeles udbredt i Norge (Bræin et al., 2017; Østmoe, 2020a), mens det synes at være i et betydeligt mindre omfang i Sverige og Danmark. Som beskrevet i indledningen, er TBT først for nyligt oversat til en dansk praksis, og det stod hurtigt klart – både fra litteratursøgningen og ekspertinterviews – at der kun i meget begrænset omfang kunne identificeres danske studier. I den svenske grå litteratur optrådte oversættelsen ”Traumamedveten omsorg – TMO”, som knyttede sig til indsatser og kursusprogrammer, som det svenske Red Barnet har udviklet (Rädda Barnen, 2018), mens søgninger i forskningsdatabaser ikke gav resultater for denne oversættelse af TBT. Trods udbredelsen i Norge, viste de indledende søgninger samt ekspertinterviews, at den nordiske forskning i indsatser, som betegnes som ”traumebevidste”, samlet set er stærkt begrænset.

At der er begrænset forskning i TBT-definerede initiativer i Danmark, Norge og Sverige, er ikke ensbetydende med, at der ikke findes studier af relevante traumebevidste indsatser i Skandinavien. Vi besluttede derfor, at vidensafdækningen skulle inkludere en bredere søgning i skandinaviske databaser og en smallere søgning i internationale databaser. Specifikt udviklede vi en tredelt søgestrategi for den systematiske litteratursøgning:

1. Søgning efter reviews i internationale databaser
2. Smal søgning efter nordiske studier i internationale databaser
3. Bred søgning i skandinaviske databaser.

I det følgende præsenteres de valgte afgrænsninger og de enkelte søgestrenger for hver af de tre litteratursøgninger.

Boks 2.2 1: Søgning efter reviews i internationale databaser

Til denne søgestreng har vi ladet os inspirere af søgeord, som lignende literaturstudier har benyttet (Bailey et al., 2019; Bargeman et al., 2021; Bunting et al., 2019; Champine et al., 2019; Roseby & Gascoigne, 2021; Zakszeski et al., 2017). Gennem løbende tilpasning efter foreløbige søgeresultater, er vi nået frem til følgende relevante søgeord for traumebevidste tilgange: "trauma inform*" OR "trauma responsive" OR "trauma sensitive" OR "Trauma focus*" OR "trauma base*" OR "trauma resilience" OR "trauma specific" OR "trauma exposed". Der er benyttet frasesøgning for at begrænse søgningen til kombinationer med "trauma xx", og hvor det er skønnet relevant, er dette kombineret med trunkering, for at inkludere alle udgaver af eksempelvis focus/focused. Derudover er der søgt med og uden bindestreg, som "trauma-informed"/"trauma informed". Specifikt har vi søgt efter følgende søgeord i titel/abstract: "trauma inform*", "trauma responsive", "trauma sensitive", "Trauma focus*", "trauma base*" "trauma resilience", "trauma specific", trauma exposed". Derudover er der søgt efter det kontrollerede emneord: "Trauma-Informed Care".

Eftersom screenings- og assessmentredskaber ikke har været et selvstændigt mål at afdække med denne litteratursøgning, har vi udelukket ord som "trauma screening*", da dette resulterede i langt over 1.000 artikler. Eksempelvis gav en enkel og afgrænset søgning i PsycINFO på screenings- og assessmentredskaber for målgruppen i sig selv 1.117 resultater (Løkkegaard, 2019).

Målgruppen

Søgningen er afgrænset til studier omhandlende alle børn og unge mellem 0-18 år. For at få studier med om traumebevidste tilgange over for børn i udsatte familier inkluderede vi også emneord for "familier" i søgningen. I de internationale database havde vi derfor valgt følgende søgeord/emner: Age Groups: Childhood (birth-12 yrs), Infancy (2-23 mo), Preschool Age (2-5 yrs), School Age (6-12 yrs), Adolescence (13-17 yrs) og "Family".

Databaser

Databaserne er udvalgt med afsæt i lignende litteratursøgninger, dog har vi ekskluderet databaser, som udelukkende publicerer studier inden for det kliniske område, som eksempelvis CINAHL, og tilføjet andre med relevans for undersøgelsens genstandsfelt (Branson et al., 2017; Bryson et al., 2017;

Reeves, 2015; Wilson et al., 2017, 2021). Specifikt er der søgt i følgende databaser: PsycINFO, Web of Science (SSCI), PubMed, Educational Resources Information Centre (ERIC).

Sprog

Der er udelukkende blevet inkluderet litteratur på engelsk, dansk, svensk og norsk.

Publikationsafgrænsning

I denne søgestrategi er publikationerne som sagt afgrænset til reviews. Afhængigt af databasernes søgefunktioner er dette fremsøgt ved søgning på typen "review", hvor dette er en mulighed, alternativt ved at afgrænse søgningen til litteratur, som indeholder ordet "review" i titel/abstract. Desuden er søgningen afgrænset til peer-reviewede publikationer. Grå litteratur såsom konferencenotater, working papers mv. medtages ikke.

Årstal for publicering

Søgningen efter internationale reviews afgrænses til litteratur publiceret i årene 2016-2021. Dette er baseret på indsigten fra Hanson og Langs review i 2016, der finder, at forskning i TBT er begrænset, samt senere reviews, der beskriver en voksende forskningslitteratur inden for de seneste år, ligesom de fleste reviews inkluderer litteratur, som går tilbage til de første undersøgelser af TBT, eller som ligger i forlængelse af tidligere reviews (Bunting et al., 2019; Berger, 2019; Bargeman et al., 2021). TBT-reviews publiceret de seneste fem år dækker således forskningsartikler over en betydeligt længere årrække.

Boks 2.3 2: Smal søgning efter nordiske studier i internationale databaser

Søgestrategien for denne del af litteraturstudiet svarer til ovenstående søgestrategi, dog med den forskel, at søgningen ikke afgrænses til litteraturreviews. Til gengæld afgrænses søgningen til studier med oprindelse i nordiske lande ved at tilføje følgende søgeord i titel og abstract: **Denmark OR Danish OR Scandinavia* OR Sweden OR Swedish OR Norway OR Norwegian* OR Finland OR Finnish OR Iceland* OR Faroe OR Nordic* OR Greenland* OR Inuit* samt ved at søge på relevante keywords hvis muligt.**

Boks 2.4 3: Bred søgning i skandinaviske databaser

Vi har fokuseret på de skandinaviske databaser, fordi de indeholder forskningslitteratur fra alle de nordiske lande. Vi har primært af sproglige hensyn ekskluderet databaser fra de øvrige nordiske lande. Den Danske Forskningsdatabase er ikke i drift, og dens prototype NORA indeholder kun forskningslitteratur fra 2011-2020, og vi tilføjede derfor en bredere dansk database, Bibliotek.dk, i litteratursøgningen for at mindske risikoen for at overse relevante danske studier. Vi har således søgt i seks skandinaviske databaser: Cristin og Norart (norsk), SwePub og Libris (svensk) samt NORA og Bibliotek.dk (dansk).

Søgeord

Som beskrevet ovenfor gav ekspertinterviews samt indledende litteratursøgning i nordiske databaser anledning til en bredere søgning på ord relateret til TBT. Søgningen i skandinaviske databaser er derfor gennemført i to faser: først en bred prøvesøgning for at afdække omfanget af potentielt relevante studier og derefter en tilpasning af søgestrengen, hvor vi iterativt har ekskluderet de mindst relevante søgeord for at reducere antallet af artikler. Den første prøvesøgning inkluderede ikke kun søgeord for TBT og de tilhørende danske, svenske og norske oversættelser,⁶ men også en bredere

⁶ Søgeordene relaterede til traumer er: Traume*, trauma*, PTSD, posttraumatisk stress, polyvictimisering (begreb, som benyttes, når nogen har været udsat for flere traumer), negative livsbegivenheder, ACE (herunder: vold, seksuelle overgreb, omsorgssvigt, psykisk sygdom hos forældre mv.)

søgning på indsatser over for børn og unge, som har oplevet traumer.⁷ Prøvesøgningen viste, at ord som, vold, seksuelle overgreb, omsorgssvigt, psykisk sygdom hos forældre, negative livsbegivenheder mv., gav op mod 900 hits. Ligeledes gav søgeord som posttraumatisk stress, PTSD og trauma* hovedsagligt hits inden for det medicinske felt, hvilket faldt uden for vidensafdækningens fokusområde. Vi valgte derfor at ekskludere disse søgeord i den endelige søgning. Den endelige søgning i skandinaviske databaser inkluderede derfor følgende søgeord: traume* OR udviklingstraume* OR polyvictimiz* OR trauma-informed OR trauma-focused.

Søgningen i de svenske databaser blev todelt, da det svenske ord for traume, trauma, medførte et overvældende antal hits for medicinske studier. Derfor tilføjede vi en søgning på "trauma" sammen med en række søgeord for det sociale børne- og ungeområde: Polyvictimiz* OR trauma-informed OR trauma-focused, samt (trauma* OR Utvecklingstrauma*) AND (indsats OR Skol* OR socialtjänst OR familjehem OR föräldrahem OR elevhälsan OR Barnhus OR screening)).

Målgruppe

Søgeordene for målgruppen svarer til søgeordene brugt i den internationale søgestreng, men suppleret med nordiske oversættelser, samt søgeordene "skole" og "elev".

Årstal for publicering

I de skandinaviske databaser har vi udvidet publiceringstidspunktet til studier udgivet mellem 2010-2021 så vidensafdækningen primært skulle inkludere nyeste viden på området og samtidig søger at inkludere alle relevante erfaringer fra arbejdet med TBT, som har været en del af det norske Barnevern siden 2012 (Bræin et al., 2017).

Sprog

Det gælder ligeledes for denne søgestrategi, at der udelukkende er blevet inkluderet litteratur på engelsk, dansk, svensk og norsk.

Publikationsafgrænsning

I de skandinaviske databaser har vi afgrænset os til publikationstypen "videnskabelige artikler", da det ikke på samme måde som i internationale databaser er muligt at afgrænse søgningen til peer-reviewed. Afgrænsningen

⁷ Søgeord relateret til relevante indsatser/tilgange er: Indsats, tilgang, program, model, værktøj, omsorg, kortlægning, anbringelse, institution, skole mv.

giver samtidig en bredere afsøgning af relevante erfaringer fra Norden, som også inkluderer relevant grå litteratur (fx evalueringer og rapporter, der ikke er fagfællebedømt). Derudover har vi spurgt nordiske eksperter om deres kendskab til anden relevant grå litteratur samt brugt snowballing fra relevante artikler for at identificere yderligere litteratur, som også kunne være relevant i denne vidensafdækning.

2.2.2 Screening af studiernes relevans og kvalitet

Screeningen af titel og abstract er udført af rapportens projektmedarbejder, mens screeningen på fuldttekstniveau er gennemført i samarbejde mellem projektmedarbejder og projektleder. Da TBT er udbredt til en række forskellige typer af indsatser på børne- og ungeområdet, har det været nødvendigt at tilføje relevanskriterier, som kunne sikre, at projektets ressourcer blev målrettet afdækning af de mest relevante TBT-indsatser for Socialstyrelsen. Relevanskriterierne er derfor blevet udformet i tæt samarbejde med Socialstyrelsen, så det endelige valg af artikler afspejler Socialstyrelsens vidensbehov om kerneelementer. Mere specifikt er studierne udvalgt på baggrund af følgende inklusions- og eksklusionskriterier.

Inklusionskriterier:

- Studierne skal omhandle brugen af traumebevidste tilgange eller indsatser på det sociale område. Ud over studier, som ser på børne- og ungeområdet bredt set, inkluderes særligt studier, som ser på indsatser inden for anbringelsesområdet (herunder forebyggende indsatser), indsatser på skoleområdet og på flygtningeområdet.
- Indsatserne skal være målrettet børn og/eller unge og/eller familier.
- Studierne skal være skrevet på engelsk, dansk, norsk eller svensk.
- Studierne skal kunne fremskaffes inden for projektperioden.

Eksklusionskriterier:

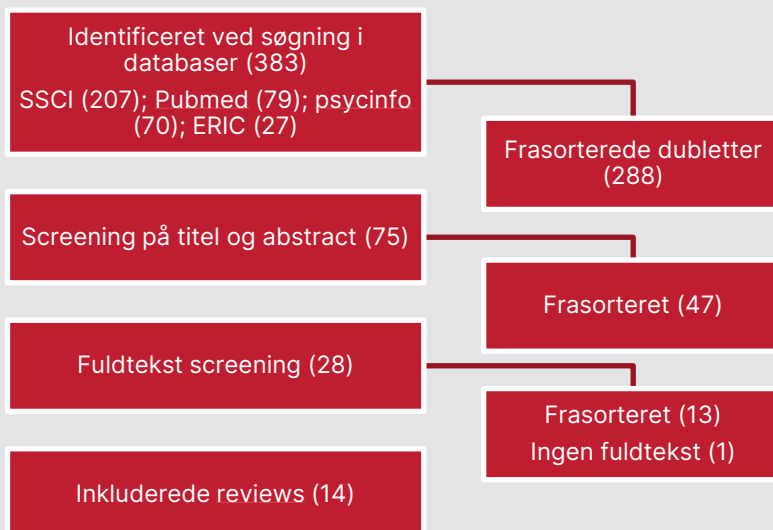
- Studier, som primært omhandler en voksenpopulation
- Studier, som primært undersøger forekomst af traumer eller traumerelaterede lidelser
- Studier, som primært fokuserer på TBT i en behandlingskontekst (i psykiatrien, hos egen læge)

- Studier, som primært fokuserer på TBT i retsvæsnets eller ungdomsfængsler
- Studier, som primært beskæftiger sig med implementering af TBT – eksempelvis beskriver træningsmoduler
- Studier, som undersøger validiteten af screeningsredskaber
- Studier, som primært beskæftiger sig med TBT i relation til marginaliserede samfundsgrupper, som vurderes mindre relevante i en dansk kontekst (eksempelvis handlede børn (trafficking) eller TBT på skoler for aboriginere i Australien).

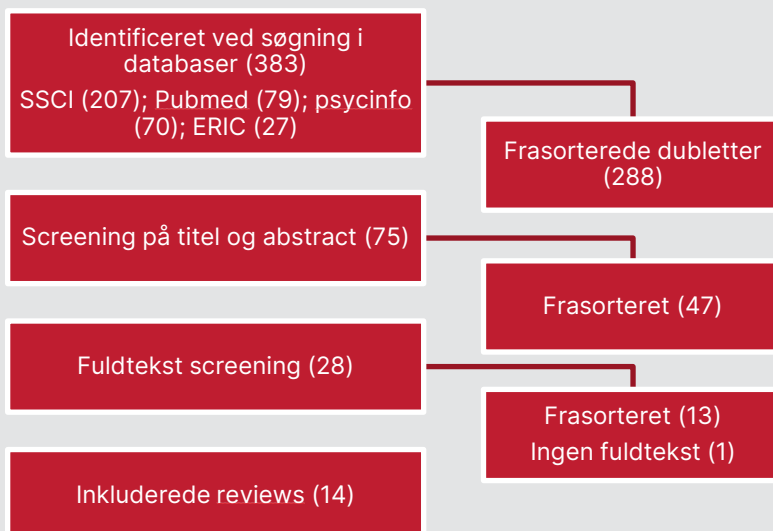
2.2.3 Søgeresultater

De tre søgestrategier er illustreret i Figur 2.1 til Figur 2.3. Søgningen efter reviews i internationale databaser resulterede i 383 studier i alt og 288 unikke studier efter frasortering af dubletter. Tilsvarende resulterede søgningen efter nordiske studier i skandinaviske databaser i 57 potentielle studier og 38 unikke studier efter frasortering af dubletter, mens søgningen efter nordiske studier i skandinaviske databaser resulterede i 241 studier. Den efterfølgende frasortering på titel og abstract resulterede i 28 internationale reviews, 3 nordiske studier fra internationale databaser og 17 studier fra skandinaviske databaser, som er læst i fuldtekst. Fra ekspertinterviews og snowballing har vi inkluderet yderligere 3 nordiske studier. Fuldtekstscreeningen resulterede i en yderligere frasortering pga. relevanskriterierne, så litteraturgennemgangen i alt inkluderer 13 internationale reviews, 2 nordiske studier fra internationale databaser og 5 nordiske studier fra skandinaviske databaser.

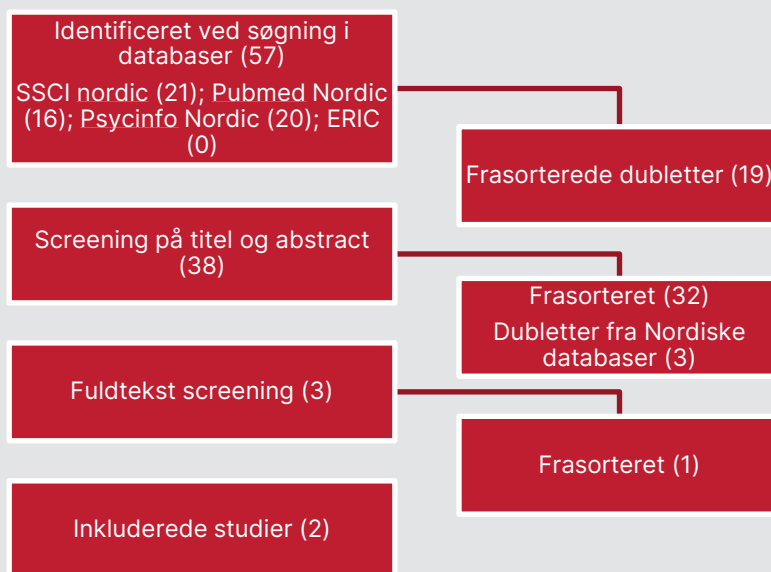
Figur 2.1 Søge- og udvælgelsesstrategi internationale reviews



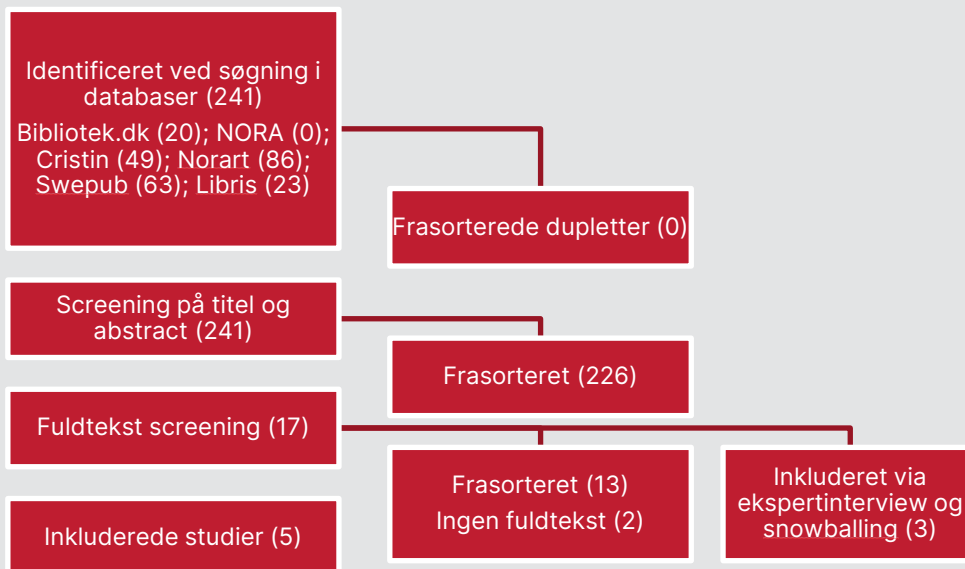
Figur 2.2 Søge- og udvælgelsesstrategi internationale reviews



Figur 2.3 Søge- og udvælgelsesstrategi for nordiske studier i internationale databaser



Figur 2.4 Søge- og udvælgelsesstrategi for nordiske studier i skandinaviske databaser



3 Resultater

I dette hovedkapitel i rapporten præsenterer vi, hvordan man kan arbejde med en traumebevidst tilgang i det sociale arbejde med børn og unge i en dansk kontekst på baggrund af viden fra de 10 gennemførte ekspertinterviews, de 14 internationale reviews og 7 nordiske studier af/artikler om TBT (eller TBT-lignende indsatser)⁸. Som beskrevet i indledningen til metodeafsnittet har vi valgt at lade resultaterne fra vores kvalitative ekspertinterviews danne fundamentet for vidensafdækningen, da det allerede i projektets indledende faser stod klart, at det ikke ville være muligt at identificere virkningsfulde kerneelementer i TBT på baggrund af forskningsresultater. For det første fandt vi meget få artikler om TBT i en nordisk kontekst, og kun tre af disse var om studier, der undersøgte virkningen af traumebevidste indsatser i forhold til outcome for børn og unge (Dansk Flygtningehjælp, 2011; Garoff et al., 2019; Møldrup-Lakjer, 2014). For det andet viste reviews fra den internationale litteratursøgning, at det, selvom TBT er implementeret og undersøgt på en række forskellige områder (fx børne- og ungeområdet, sundhedsområdet, skoleområdet m.m.), er begrænset, hvad man kan sige om effekten af TBT, grundet metodiske udfordringer. Studierne er ofte små, mangler en kontrolgruppe, har stort frafald og har en kort opfølgingsperiode (Cohen & Barron, 2021; Davies & Allen, 2017; Galvin et al., 2022; Thomann et al., 2020). Kvaliteten af studiernes effekt- eller resultatmålinger er også svingende, selvom der de seneste år er begyndt at dukke flere store mixed methods-studier op, der trækker på både administrative data, kliniske vurderinger, medarbejdersurveys og interviews med brugere, medarbejdere, ledere og interessenter (Bailey et al., 2019; Bunting et al., 2019). Studier af traumebevidste interventioner på skoleområdet har dog oftere en før/efter-måling og sammenligner indsatsskoler med sammenlignelige skoler (omend ikke en randomiseret (Herrenkohl et al., 2019; Miller & Berger, 2020). Med udgangspunkt i de inkluderede studier synes studierne på skoleområdet at have en lidt højere kvalitet end studierne på socialområdet. På baggrund af de nyere reviews i litteratursøgningen ser det ud til, at der begynder at komme mere og bedre forskning, der kan sige noget om outcome for børn og familier, og at de foreløbige resultater, trods den svingende kvalitet, samlet set peger i retning af, at TBT kan have en lovende effekt for både børn, unge, deres omsorgsgivere og medarbejdere. Derudover finder studierne, at der generelt tages godt imod tilgangen blandt ansatte, der oplever den som relevant for deres arbejde (Bunting et al., 2019).

Som beskrevet i metodeafsnittet 2.1.2 er analysen af virkningsfulde kerneelementer baseret på de skandinaviske eksperters vurderinger og praksisbeskrivelser af kerneelementer for TBT, som vi har kategoriseret og præsenteret under hver af NCTSN's principper for traumebevidste organisationer på børne-

⁸ Se bilag 1 for en kort beskrivelse af den inkluderede nordiske litteratur.

og familieområdet. Disse suppleres med viden fra litteratursøgningen samt ekspertmiljøers operationaliseringer af kerneelementerne. Derfor indledes præsentationen af kerneelementerne med en overordnet beskrivelse af ekspertmiljøernes arbejde med at operationalisere, hvad det vil sige at arbejde traumebevidst.

3.1 Operationaliseringer af en traumebevidst tilgang

Interviewene med Passmore, Steinkopf og Lang bekræfter fundene i den internationale litteratur (Bunting et al., 2019), at der endnu ikke er forskning, der kan sige noget om, hvordan vi kommer fra de overordnede TBT-principper og ned til, hvad det er for konkrete traumebevidste praksisser, som en skolelærer eller socialrådgiver må indføre i dagligdagen, for at det får en betydning for den enkelte elev eller det anbragte barn. De mener derfor alle tre, at næste skridt for forskningen i TBT er at få standardiseret og operationaliseret principperne for TBT, så man kan undersøge, hvilke elementer der påvirker outcomes for børn, unge og familier. Dertil har man brug for at kunne sige noget om, hvad det vil sige at arbejde traumebevidst og kunne måle, i hvilken udstrækning man gør det. Ifølge forskerne har der indtil nu manglet passende mål for dette (Champine et al., 2019), hvorfor man både i NCTSN i USA og i CACTUS-netværket i Norge⁹ og i WHO arbejder på at udvikle sådanne måle-redskaber i deres respektive ekspertmiljøer.

I WHO er man ved at udforme en "Technical Manual" i forhold til at kunne forebygge og adressere Adverse Childhood Experience (ACE). Den skal på baggrund af forskning og samtaler med centrale interessenter identificere, hvilke grundlæggende kompetencer en organisation skal have for at kunne erklære sig *traumebevidst*. Manualen er endnu ikke udkommet, men forventes færdigt i løbet af 2022. CACTUS-netværkets redskab, Trauma and Development Education Monitor (TANDEM), er netop blevet publiceret i slutningen af 2021 (Nordanger et al., 2021), og NCTSN's redskab, Trauma-Informed Organizational Assessment (TIOA; Goldman et al., 2019), er endnu ikke færdigudviklet, da man aktuelt arbejder på at få testet dets reliabilitet og validitet. I forbindelse med denne vidensafdækning har vi dog fået tilsendt TIOA med henblik på at se, hvorledes redskabet operationaliserer de overordnede kerneelementer.¹⁰

Både internationale og skandinaviske ekspertmiljøer er således i færd med at udvikle bud på kerneelementer på baggrund af deres erfaringer og forsknings-

⁹ CACTUS – Child and Adolescent Complex TraUma Society (cactusnettverk.no)

¹⁰ Trauma_informed_organizational_assessment_information_packet.pdf (nctsn.org)

resultater, hvilket vi finder relevant at inddrage i analysen af potentielle kernelementer i TBT i en dansk kontekst. Da vi har valgt at lade NCTSN's principper danne rammen for analysen, og TIOA-redskabet er udviklet i relation til disse, vil det hovedsageligt være relevante praksis-eksempler fra dette værktøj, som vil blive inddraget i analysen, hvorfor redskabet kort præsenteres i det følgende afsnit. TANDEM-værktøjet forholder sig ikke til lige så mange organisatoriske niveauer som NCTSN, da det særligt har fokus på det konkrete møde med traumatiserede børn og unge, og hvilke kompetencer der er nødvendige for at kunne arbejde traumebevidst her (Nordanger et al., 2021). TANDEM's operationaliseringer vil derfor ikke kunne bidrage til en analyse af alle overordnede kernelementer, men kan integreres i denne ramme.

3.1.1 TIOA-operationaliseringen af en traumebevidst tilgang

På baggrund af NCTSN's principper for Trauma-Informed Child and Family Service System, som vi præsenterede i indledningen, har The UCLA-Duke University National Center for Child Traumatic Stress (NCCTS), som er med til at understøtte NCTSN's arbejde¹¹, operationaliseret principperne med henblik på at kunne måle, i hvilken udstrækning en organisation arbejder traumebevidst. Det er ikke målrettet en specifik sektor, men henvender sig til alle typer af organisationer, som arbejder med børn, unge og familier. Formålet med operationaliseringen og udviklingen af TIOA-redskabet er at understøtte organisationers udviklingsproces, så de kan leve op til TBT-principperne. Med redskabet kan organisationer eksempelvis vurdere deres aktuelle praksisser i arbejdet med at hjælpe børn og familier, som har oplevet traumer (Goldman et al., 2019). Hvert princip er operationaliseret med 8-12 underelementer, som er blevet udviklet ved at kombinere viden om TBT fra forskning og fra NCTSN's eksperter, som inkluderer: familier, unge, frontpersonale, administratorer, undervisere, forskere og interventionsudviklere på tværs af børne- og ungeområdet, ungdoms-kriminalforsorgen, uddannelsessystemet og sundhedsvæsenet. De udvalgte underelementer er ikke værdibaserede, men har til formål at måle praksisser, som man som observatør, vil kunne genkende i en traumebevidst organisation. Lang har ikke selv været en del af ekspertgruppen, som har udarbejdet principperne eller TIOA, men han oplyser i interviewet, at det ikke er udviklet med afsæt i en bestemt traumeteori eller behandlingstilgang, men ud fra en konsensus blandt de involverede eksperter.

¹¹ National Center | The National Child Traumatic Stress Network (nctsn.org)

3.2 Screening

Med "screening" refereres bredt til processer, hvorved organisationer eller kommuner kan opspore traumeproblematikker, enten ved systematisk brug af validerede screeningsredskaber (spørgeskemaer) og/eller ved at have særligt fokus på traumer ved observation og samtale med børnene og deres familier. Det er et kerneelement i TBT, at organisationer, eller kommuner, bestræber sig på at identificere børn og unge, som kan have oplevet én eller flere traumatiske hændelser, herunder eventuelle psykosociale udfordringer eller øvrige problemstillinger, som kan være reaktioner på traumer. Der er således ikke en tydelig afgrænsning mellem kerneelementet *Screening* og kerneelementet *Udredning* (se afsnit 3.3). En større udredning, eksempelvis som led i en § 50-undersøgelse eller i PPR-regi, hvor man skal afdække et barns behov, kan blandt andet indeholde screeningsinstrumenter for traumer eller psykosociale problemstillinger. Det at kunne tale med et barn om traumer og benytte sig af et screeningsredskab kunne således være en del af begge kerneelementer. Generelt kan man dog sige, at en universel opsporing af traumeproblematikker i den brede befolkning, hører under kerneelementet *Screening*, mens kerneelementet *Udredning* relaterer sig til at *udrede et specifikt barns behov* for støtte, behandlingsindsatser eller yderligere psykiatrisk udredning. Formålet med at opspore traumer er derfor ikke, at lærere eller pædagoger skal kunne udrede eller diagnosticere, men ifølge eksperterne er der ofte ikke andre end dem til at identificere traumer hos disse børn. I den internationale litteratur beskrives screening også som afgørende for en traumebevidst tilgang, herunder at frontpersonalet, pædagoger eller lærere er opmærksomme på traumer, og på den særligt vigtige rolle, de har i forhold til at få afdækket eventuelle traume-problematikker (Bargeman et al., 2021; Berger, 2019; Bunting et al., 2019; Roseby & Gascoigne, 2021).

3.2.1 Baggrund for kerneelementet

Interviewene og litteraturgennemgangen identificerer primært tre grunde til, at kommuner og organisationer, som arbejder med udsatte børn og unge, skal screene for traumer: omfanget af uopdagede traumer, at det er vanskeligt for børn at fortælle om traumer, og berøringsangst hos voksne.

Som beskrevet i indledningen, har man i ACE-studierne vist, at en bred kategori af belastende hændelser potentielt kan være traumatiserende. Det samme gælder på området for forbrydelser begået mod unge (Thunberg & Källström, 2018). Overgreb begået af omsorgspersoner er blandt kategorien af hændelser, som man har set have den tætteste sammenhæng med traumereleterede lidelser (Vang et al., 2020). En rapport fra VIVE, som udkom i 2021, oplyser, at hver sjette af de danske unge har været udsat for fysisk vold af

forældrene gennem det seneste år. Selvom det i de fleste tilfælde er en engangsepisode, skønnes der at være ca. 5 %, der bliver udsat for langvarig og/eller mere alvorlig vold (Ottosen & Henze-Pedersen, 2021). Blandt dem, der har været udsat for vold derhjemme, er det ifølge de unge selv kun hver tiende, der kommer i kontakt med nogen fra kommunen, fx en sagsbehandler eller en sundhedsplejerske. I relation til seksuelle overgreb svarer 7 % af den voksne befolkning, at de på et eller andet tidspunkt har været udsat for et seksuelt overgreb, og hver tredje af dem har oplevet, at det seksuelle overgreb skete i barndommen, før de fyldte 15 år. Dette svarer til den officielle offerstatistik, der viser, at godt hver tredje anmeldte seksualforbrydelse omhandler et barn i 0-14-årsalderen. Samtidig er der flere undersøgelser, der tyder på, at langt de fleste seksuelle krænkelse eller overgreb, som børn og unge oplever, ikke kommer til myndighedernes (kommunens eller politiets) kendskab. Ifølge en anden VIVE-rapport viser en dansk undersøgelse desuden, at 5,2 % af danske unge har oplevet psykisk vold før 12-årsalderen (Ottosen, Frederiksen & Henze-Pedersen, 2020). En del af børnene vil tilmed gå igen på tværs af statistikkerne, da man ofte ser flere typer af overgreb optræde samtidigt. Der er således et betragteligt antal børn og unge herhjemme, som er polyviktimerede¹², og som samtidig ikke vil komme i kontakt med systemet (Ottosen, Frederiksen & Henze-Pedersen, 2020). Ifølge norske undersøgelser er der, selv i de tilfælde, hvor børn og unge kommer i kontakt med psykiatrien og har posttraumatiske stresssymptomer, 40 % af henvisningerne, hvor der ikke er reference til traumer (Dos Santos et al., 2016). Dette er en problematik Lang også ser i den amerikanske kontekst, og argumenterer for, at man må blive bedre til at opspore børnene, hvor de er – eksempelvis som universel screening i skolerne eller hos egen læge. Hans synspunkt bakkes op i flere af de internationale studier (Bargeman et al., 2021; Berger, 2019; Bunting et al., 2019; Roseby & Gascoigne, 2021). Lang understreger dog, at det ikke er alle disse børn, som vil have brug for behandling, men nogle af dem vil. Et internationalt metastudie viser, at 15,9 % af børn og unge, som udsættes for traumer, vil udvikle PTSD og have behov for behandling (Dos Santos et al., 2016). (Dos Santos et al., 2016). Tilsvarende estimerer Løkkegaard ud fra forskning fra Videnscenter for Psykotraumatologi, at op mod 6 % af alle børn i Danmark er i høj risiko for at have oplevet traumer, som vil medføre et behandlingsbehov (Alkærsig et al., 2020; Løkkegaard, 2019), samt at vi i Danmark ikke er gode nok til at opspore traumer.

Hvorfor problemet er så stort, knytter sig ifølge eksperterne til flere forhold omkring traumer. For det første kan traumereaktioner komme til udtryk på forskellig vis, og de kan let misfortolkes som eksempelvis emotionelle eller adfærdsmæssige vanskeligheder, ligesom medarbejdere, som arbejder med udsatte børn, er ikke altid klædt på til at se bag om vanskelighederne og se, at vanskelighederne kan være udtryk for en traumereaktion (Furuholmen &

¹² Polyviktimering er et begreb, der ofte benyttes til at betegne personer, som har været udsat for multiple traumer.

Sjøvold, 2017; Montgomery, 2017; Nordanger et al., 2011). Vi vender tilbage til denne problematik i afsnittet om *Videns- og kompetenceopbygning 3.4.*

Den anden grund til at screene for traumer er, at børn sjældent tager initiativ til selv at fortælle om traumerne, både da undgåelse af minder om traumet er en naturlig traumereaktion og overlevelsesstrategi, og fordi traumerne kan være forbundet med en stor skam og skyldfølelse, eller barnet kan komme i loyalitetskonflikter i forhold til sine forældre (Garoff et al., 2019; Ottosen & Henze-Pedersen, 2021; Thunberg & Källström, 2018; Van der Kolk, 2014). Derfor fremhæver flere af eksperterne nødvendigheden af, at frontpersonalet aktivt opsøger informationer om traumer og ikke undgår det, fordi det er svært og ubehageligt at tale om. "Det modsatte af at arbejde traumeinformeret, er at lukke øjnene" (VISO-specialisten).

Dette leder frem til det tredje forhold, som eksperterne peger på i denne sammenhæng: at der findes udbredt berøringsangst i forhold til at skulle tale om traumer, selv blandt psykologer og andre fagpersoner, som er trænet i behandlingsmetoderne, hvilket udgør en væsentlig barriere i forhold til at kunne opspore traumeproblematikker. Furuholmen og Sjøvold (2017) beskriver i relation til børn under to år, at det ikke er usædvanligt, at børns vanskeligheder bagatelliseres selv ved dokumenteret vold eller vanrøgt, hvilket de forklarer med, at det måske gør for ondt at skulle forholde sig til, hvad små børn kan udsættes for. Østmoe, som primært beskæftiger sig med unge i alderen 13-19 år, oplever ligeledes, at socialrådgivere og pædagoger i Barnevernet kan have berøringsangst over for at skulle screene for traumer, hvilket hun oplyser, at norske undersøgelser også viser. Det er Østmoes erfaring, at berøringsangsten kan handle om mange ting, såsom at de ikke er uddannet til den type indsats eller ikke har kompetencer til at tage i mod det, de hører fra børnene, at deres underretningspligt medfører, at de ikke kan love børnene fuldkommen fortrolighed, eller at de er nervøse for, at screeningen vil retraumatisere børnene. I litteraturgennemgangen af den internationale litteratur finder vi tilsvarende argumenter, herunder medarbejdernes usikkerhed omkring gevinsten ved screening, hvad de skal bruge screeningsresultaterne til, og hvilke instanser de efterfølgende kan henvise borgerne til, hvis screeningen viser et behov for yderligere behandling eller udredning (Bunting et al., 2019; Roseby & Gascoigne, 2021).

I relation til modstanden mod at spørge til børns traumer henviser Løkkegaard til et norsk studie, som har undersøgt, hvorvidt det virker overvældende for børn, at der bliver spurgt ind til traumer i forbindelse med udredning i Børne- og Ungdomspsykiatrien (Dos Santos et al., 2016). Undersøgelsen finder, at langt de fleste børn ikke finder det overvældende, og at de, der gør, fortæller, at de vil være villige til at svare på spørgsmålene igen. Studiet konkluderer, at de største barrierer mod at tale om traumeerfaringer kan tænkes at ligge hos

terapeuten selv, og påpeger, at selvom børnene beskriver det at tale om traumerne som noget af det vanskeligste ved at gå i terapi, beskriver de det samtidig som det, de anså for at være mest hjælpsomt (Dos Santos et al., 2016). Børnehus Syd har samme erfaring: Selvom det kan være meget svære traumer, som børnene kommer for at tale om i deres regi, så er børnene generelt meget glade for at komme i Børnehuset. Løkkegaard opsamler problematikken således: "Vi står med et problem, og uanset om vi kan lide at tænke på traumer eller spørge om det eller ej, så er der jo en vis andel af børn i Danmark, som oplever de her ting – uanset om vi måler det eller ej. Og de har et behandlingsbehov."

I det følgende afsnit beskriver vi, hvilke traumer og reaktioner man som frontpersonale omkring udsatte børn og unge kan være opmærksom på.

3.2.2 Hvad skal screeningen opspore?

Som beskrevet i indledningen benytter man i TBT-litteraturen som oftest en bred traumekategori til at definere traumer, da man fra blandt andet ACE-studierne ved, at det ikke kun er det, vi typisk definerer som en traumatisk hændelse (fx en bilulykke), som kan være skadeligt. Fysisk og følelsesmæssig for sømmelse, som i enkeltstående tilfælde "bare er negative samspilserfaringer", men ikke i sig selv traumatiserende, kan over længere tid være lige så skadeligt (Nordanger et al., 2011). Eksempelvis vil stærke sanssemæssige indtryk (såsom at blive holdt og talt til på hård og ukærlig vis, høre skrig og knuste genstande) kunne medføre at spæd- og småbørn får symptomer, som er forenelige med udviklingstraumer, hvis ikke de får tilstrækkelig hjælp til regulering af deres omsorgspersoner (Furuholmen & Sjøvold, 2017). Både Lang og Løkkegaard er enige i, at man må screene for den brede kategori af ACE-hændelser, men gør samtidig opmærksom på, at screeningen ikke kan stå alene, da næsten alle børn har oplevet en eller to af de forskellige typer af traumer (fx skilsmisse eller en opvækst med en forælder med psykisk sygdom, der begge screenes i ACE). Man må ifølge Løkkegaard sørge for at identificere gruppen af børn, som er polyviktimerede, eller som oplever de svære interpersonelle traumer (såsom seksuelle overgreb), da de driver gennemsnittet op for den samlede gruppe i forhold til at have øget risiko for at udvikle en lang række psykiske og sociale vanskeligheder senere i livet, herunder destruktive udviklingsstier såsom kriminalitet og prostitution, samt risikoen for at blive udsat for flere traumer (Felitti et al., 1998; Thunberg & Källström, 2018).

Lang argumenterer for, at det ikke giver mening kun at screene for hændelser. For at få viden om, hvad det er for behov, et barn eller en familie har, må man screene både for ACEs og for, hvordan det påvirker barnet (Goldman et al., 2019). VISO-specialisten fremhæver samme pointe og eksemplificerer med, at

hvis et barn oplever forældres skilsmisse, skal man som lærer både være opmærksom på hændelsen, og i hvilken grad hændelsen belaster barnet¹³. Til spørgsmålet om, hvad det er for symptomer eller reaktioner, man må vurdere belastningsgraden ud fra, henviser Løkkegaard til, at der ikke findes en officiel definition på at være traumatiseret. Selv ser hun det som et paraplybegreb, hvor man kan forstå barnets vanskeligheder som reaktioner på det, barnet har oplevet. Nogle vil have symptomer, som beskrevet i PTSD-diagnosen, men da det er mere reglen end undtagelsen, at barnet også vil have andre vanskeligheder, som PTSD-diagnosen ikke opfanger, må man også screene bredere i forhold til mistrovisel eller adfærdsproblemer. Det er et forhold, som både Center for Udsatte Flygtninge og Børnehusene peger på, da de ofte ser børn, som er belastede, men som ikke vil opfylde kriterierne for en PTSD-diagnose.

Derudover fremhæver flere af eksperterne, at en traumebevidst screening også bør inkludere screeningsredskaber, som afdækker barnets ressourcer (Goldman et al., 2019). Rewiewet af Bargeman et al. (2021) anbefaler tilsvarende, at man får et større fokus på, hvordan børn og unge mestrer traumesymptomerne. Ud over at det er vigtigt for at kunne vurdere, i hvilken grad barnet er belastet af hændelsen, har det også til formål at understøtte barnets resiliens, hvilket er et kerneelement i TBT, som vil blive udfoldet yderligere under kerneelementet *Udredning 3.3 og Resiliens og beskyttende faktorer 3.5*.

Screeningen for traumebelastning skal derfor både kunne opspore en bred kategori af traumehændelser, reaktioner på traumer, øvrige vanskeligheder og beskyttende faktorer. Hvordan en traumebevidst screeningsproces konkret bør se ud, vil der som sagt være stor forskel på, afhængigt af kontekst, og hvilken rolle man har som medarbejder. I det følgende vil overordnede fremgangsmåder og eksempler på screeningspraksisser blive skitseret på baggrund af eksperternes viden og tidligere studier på området.

3.2.3 Praksisbeskrivelse

I TIOA-redskabet beskrives hovedsageligt screeningskomponenten som en systematisk brug af screeningsredskaber, men det fremhæves, at en opsporing af traumeproblematikker også kan foregå med andre metoder (Goldman et al., 2019). En stor del af frontpersonalet omkring udsatte børn og unge, (fx skolelærere og pædagoger) vil typisk ikke have til opgave at foretage en systematisk screening ved hjælp af et screeningsværktøj, men de spiller som sagt en vigtig rolle i forhold til at kunne få øje på tegn på traumatisering. Berger (2019) fandt tilmed, at specielt skoleområdet mangler undersøgelser af universelle screeningsindsatser. Derfor vil eksempler på screeningspraksisser

¹³ Der er naturligvis ACE-hændelser, som frontpersonalet må reagere på uanset barnets umiddelbare reaktioner med henvisning til deres skærpede underretningspligt, hvis de eksempelvis bliver opmærksomme på vold, seksuelle overgreb eller omsorgssvigt.

for denne gruppe få særlig fokus i afsnittet. Vi lægger ud med at præsentere eksperternes erfaringer med opsporing ved hjælp af screeningsredskaber. Dernæst præsenteres opsporingspraksisser, som ikke involverer deciderede screeningsredskaber, men beskriver, hvordan man kan få øje på og tale med børn og familier om traumer.

Anvendelse af screeningsredskaber

I TIOA-redskabet er det angivet, at man skal anvende redskaber, der både af-dækker traumehændelser og traumesymptomer, er tilpasset barnets alder, evner, køn/kønsidentitet, kultur og sprog, oplyser deltagerne om formålet med og resultatet af screeningen og benytter et familievenligt, ikke-teknisk sprog i samtalen med børn, unge og familier om screeningsresultaterne (Goldman et al., 2019). Lang argumenterer som nævnt for en universel screening af alle børn og unge, hvilket foruden opsporingen vil give mulighed for at have en psykoedukativ samtale med både barnet og familien om, hvad traumer er, og hvordan det påvirker et barn. I interviewet beskriver han en god screeningspraksis som en praksis, hvor fagpersonen er trænet i at screene og eksempelvis fortæller barnet: "Jeg skal screene dig for traumer, og grunden til det er det og det; med belastende oplevelser mener jeg det og det, og nu skal du høre, hvordan det kan påvirke børn", i stedet for blot at udlevere et skema eller bede barnet om at fortælle om alle de dårlige ting, det har oplevet. Selvom mange børn ikke vil være traumatiserede, ser han den universelle screening som et relevant, forebyggende element af en traumebevidst tilgang. Ifølge Lang vil den ideelle screeningsproces have fokus på både traumer, traumereaktioner, øvrige problematikker og ressourcer, men han påpeger samtidig, at man i praksis kan have svært ved så omfattende screening, hvorfor man må udvælge, hvad der giver bedst mening i den enkelte kontekst.

I en dansk konkttest vurderer eksperterne også, at universelle screeningsredskaber kan være anvendelige som led i opsporingen af traumeproblematikker hos børn og unge. Ifølge Løkkegaard vil det på mange områder, eksempelvis i PPR eller i familieafdelinger, være relevant at starte med at screene alle for ACEs som et første trin. Hvis barnet svarer ja til noget på listen, vil man kunne gå videre til andet trin og screene mere målrettet for specifikke trivselsvanskeligheder, symptomer, og evt. mere specifikt screene i forhold til den type af hændelse, som barnet har været ude for (fx spørge mere ind til typen af overgreb). Center for Udsatte Flygtninge argumenterer tilsvarende for, at man blandt flygtningebørn starter med at undersøge barnets trivsel, inden man eventuelt screener for traumer. Hvis barnet mistrives – hvis hverdagen fx ikke fungerer – kan man dernæst screene for traumer, for at forstå, hvad det er, mistrivlsen handler om. Man kan således etablere en form for trinvis screeningspakke tilpasset den enkelte kontekst, hvor man ikke nødvendigvis skal igennem hele screeningspakken med alle børn.

Brug af screeningsredskaber, og særligt en universel brug af disse over for store gruppe af børn og unge, er således én måde at sikre, at man får øje på eventuelle traumeproblematikker hos udsatte børn og unge. Afhængigt af konteksten vil opsporing via screeningsredskaberne ofte ske på baggrund af eller i kombination med samtaler med børn og omsorgspersoner om eventuelle traumeproblematikker. I det følgende afsnit vil traumebevidste screenings- eller opsporingspraksisser, som ikke omhandler brug af screeningsredskaber, blive beskrevet på baggrund af analysen af ekspertinterviewene. Først beskriver vi, hvordan opsporing kan foregå gennem observation eller opmærksomhed på barnets adfærd eller vanskeligheder, og dernæst hvordan man kan tale med barnet (og omsorgspersonerne) om mulige traumehændelser.

Opmærksomhed på tegn på traumatisering i observation og samtale med børn og forældre

Det kan være vanskeligt at opspore traumatisering hos børn, og særligt børn i den førsproglige alder, da de ikke selv kan give udtryk for, hvordan de har det. Man vil, som hos ældre børn, kunne se tegn på, at de lever under traumatiserende familieforhold, ved at de græder, er urolige eller trækker sig fra social kontakt, men de små børn kan også let virke upåfaldende. Eksempelvis kan et spædbarn se ud til at sove fra en voldsom hændelse, mens det i virkeligheden forsøger at lukke sanseindtrykkene ude, ved at trække sig ind i sig selv, da det ikke har nogen steder at "flygte hen". De kan også fremstå upåfaldende ved at være vågne, stille og virke umiddelbart tilfredse, hvorfor det ofte kræver specialiseret viden at kunne få øje på traumatisering hos de mindste (Furuholmen & Sjøvold, 2017).

Hos de større børn vil tegn på traumatisering blandt andet omfatte; at barnet har en desorganiseret og urolig adfærd (såsom konstant bevægelse og aktivitet, uden at der er noget mål for eller sammenhæng i adfærden), eller tvangsprægede gentagne adfærdsskvenser eller monoton leg, hvor barnet vil udtrykke temaer eller aspekter af hændelsen. Derudover kan barnet vise nedsat interesse for aktiviteter, som de tidligere var glade for, og for de mindre børn kan de tabe allerede opnåede udviklingsmæssige færdigheder (fx renlighed eller sprogbeherskelse) (Montgomery, 2017). Derudover kan tegn på traumatisering hos børn også vise sig ved, at børnene klager over diffuse smerter, som kan relateres til usædvanlige høje eller lave muskelspændinger og forandrede respirationsmønstre, eller børnene kan have reduceret kontakt til dele af kroppen. Det kræver naturligvis specialviden at kunne vurdere dette (Nisamjan & Nordtømme, Tina, 2017).

Alle eksperter og flere af de inkluderede studier fremhæver det som et centralt element i TBT, at medarbejderne har de fornødne kompetencer til at tale med børn og forældre om traumer, hvorvidt det er i forbindelse med scree-

ning, udredning eller behandling, eller i forhold til at kunne forebygge sekundær traumatisering. Derfor vil temaet også blive behandlet under kerneelementet *Videns- og kompetenceopbygning 3.4*. I dette afsnit fokuserer vi på eksperternes betragtninger i forhold til at kunne spørge ind til og "lytte" til traumer for at opspore eventuelle traumeproblematikker.

Ifølge VISO-specialisten er det et af de grundlæggende elementer ved en traumebevidst tilgang, at man skal sikre, at børn ikke bliver ensomme med deres oplevelser eller skammer sig over dem. Dette kan ofte være tilfældet, fordi barnet oplever, at mange voksne ikke har lyst til, eller ikke tør, høre om det. Som fagperson omkring barnet er det derfor nødvendigt, at man giver barnet mulighed for at blive hørt. VISO-specialisten beskriver eksempelvis, hvordan lærere eller pædagoger kan tage udgangspunkt i observeret adfærd og spørge barnet, hvordan det *selv* forstår, det man ser. Det samme gælder i forhold til barnets forældre: "Man skal kunne spørge forældrene om, hvad de tror, kan være grunden til, at f.eks. lille Mohammed sidder i hjørnet og ryster, når der bliver smækket med døren. De fleste forældre vil gerne tale om, hvad deres barn eller familien har oplevet."

Børnehus Syd understreger ligeledes betydningen af, at pædagoger eller lærere sørger for faktisk at spørge barnet, og ikke, som udtryk for berøringsangsten, nøjes med at sige: "Du kan bare komme, hvis der er noget, du vil snakke om". Dette illustrerer de med et konkret eksempel, hvor en pige kommer ind i Børnehuset sammen med sin pædagog, og børnehusmedarbejderen, som skal snakke med hende siger: "Ja, og så skal vi jo snakke om det her, du har oplevet, og jeg kan jo forstå, at det faktisk ikke er noget, du har snakket med nogen om før", hvortil pædagogen siger: "Nej, det har du jo aldrig rigtig villet fortælle." Pigen kigger lidt og svarer så: "Nej, men der er jo ikke nogen, der har spurgt", hvortil pædagogen svarer: "Næh, det har du faktisk ret i". Børnehusmedarbejderen lægger derefter op til, at de skal snakke videre om det næste gang, men pigen svarer: "Nu er vi jo i gang, så skal vi ikke bare tage det nu?" Citatet er dermed også et eksempel på Børnehus Syds erfaring med, at de fleste børn gerne vil fortælle om deres oplevelser.

Ekspertene understreger samtidig vigtigheden af, at man som fagperson skal have en fornemmelse for, om barnet er klar til at fortælle om traumerne, eller om man presser det for meget ved at spørge ind. Det må således ikke blive til en "afhøring". En måde at starte samtalen på, som både Børnehus Syd og VISO-specialisten foreslår, er at fortælle børnene, hvad man allerede ved, eller fortælle dem, hvordan man forestiller sig, at det kunne hænge sammen, fx: "Jeg snakker med rigtig mange børn, som har oplevet noget, der ligner det, som jeg ved, at du har oplevet, og jeg kan sagtens tåle at høre det". Eller en skolelærer kunne forsøge at leve sig ind i barnets situation og gætte på, hvordan adfærden kunne hænge sammen med potentielle traumer, hvilket barnet så kan af- eller bekræfte.

Hvordan man spørger, og hvor meget man har brug for at få at vide, vil naturligvis afhænge af, hvad ens opgave er, eller hvilke typer af traumer der kan være tale om. Både VISO-specialisten og Børnehus Syd understreger, at det ikke handler om at skulle få barnet til at folde en hel traumehistorie ud, hvis ikke barnet fortæller af sig selv, og man ikke skal være behandler for barnet. For lærere eller pædagoger er det eksempelvis ikke nødvendigt at "grave" i traumerne for at få tilstrækkeligt med viden til at kunne vurdere, om barnet har været ude for noget potentielt traumatisk, som de må forholde sig til.

Det at kunne spørge ind til traumerne hænger uløseligt sammen med, at man som fagperson også skal kunne lytte til traumehistorierne. Her peger Løkkegaard og VISO-specialisten på, at man som fagperson for det første må have tiden til at lytte og sikre sig, at barnet ikke oplever det som en afvisning, hvis man ikke har. VISO-specialisten beskriver, hvordan det kræver, at man skærper sin opmærksomhed mod, om barnet forsøger at fortælle noget eller giver tegn til at ville sige noget, og aktivt hjælper barnet på vej: "Du var ved at sige noget, lad os tale om det, når vi lige kan sætte os sammen der og der", hvis det eksempelvis ikke er et godt tidspunkt for fagpersonen at kunne lytte. For det andet skal medarbejderne også kunne tåle at høre historierne og turde være sammen med barnet om de svære følelser, som det også kan vække i fagpersonen selv. Dette indebærer, at man kan mærke, hvornår man har brug for at lukke samtalen, og at man er trænet i at gøre dette på en god og respektfuld måde. Det er vigtigt i forhold til forebyggelse af sekundær traumatisering, men også for at undgå at signalere til børnene om, at deres historier ikke tåler at blive lyttet til. Vigtigheden af, at man som fagperson er opmærksom på sig selv og sine egne signaler og behov, vil blive behandlet yderligere under kerneelementet *Videns- og kompetenceopbygning 3.4* samt *Sekundær traumatisering 3.8*.

Ud over de konkrete praksisser i relation til det enkelte barn viser analysen af ekspertinterviews og monitoreringsredskaber desuden, at kerneelementet *Screening* ligeledes omfatter organisatoriske og strukturelle forhold, der må være til stede, for at understøtte en etisk praksis.

3.2.4 Organisatoriske og etiske betragtninger

Som nævnt forudsætter en traumebevidst screening ifølge eksperterne den rette træning, supervision og vejledning til de medarbejdere, som benytter screeningsredskaberne, foruden de generelle kompetencer, som man som fagperson må have for at arbejde traumebevidst (se afsnittet *Videns- og kompetenceopbygning 3.4*). Medarbejderne må desuden have viden om, hvordan de kan involvere familierne og sikre, at de efterfølgende skridt i en eventuel videre proces bliver taget. I følge TIOA-redskabet indebærer det, at man har klare retningslinjer for, hvordan en screenings- og viderehenvissningsproces

fører til rettidig støtte til medarbejdere og familier, også under processen (Goldman et al., 2019). Løkkegaard påpeger ligeledes nødvendigheden af, at der findes organisatoriske strukturer, der forebygger, at børnenes problemer og behov overses eller ikke imødekommes, før problemerne vokser sig større. Man skal vide, hvad børnenes skal screenes for, samt hvornår og af hvem de screenes. Det samme gælder, hvilke indsatser de skal tilbydes, samt hvornår og af hvem de skal tilbydes dem. Fordi der ikke er ét sted, traumatiserede børn henvises til, efterlyser Løkkegaard klare retningslinjer for hvert skridt, den enkelte sagsbehandler må foretage, hvis screeningen indikerer et behov for videre udredning eller behandling. "Man skal ikke screene for traumatiske hændelser eller traumesymptomer eller vanskeligheder bredere set, hvis man ikke ved, hvad man skal gøre med den information, man så får, eller hvordan man skal samle op på den. Ellers kan man risikere, at det bliver belastende for barnet eller familien, hvis ikke der bliver reageret adækvat eller sensitivt nok – både i mødet med familien, eller hvad der bliver sat i værk efterfølgende." (Løkkegaard). Eftersom traumeramte børn sendes mange steder hen i vores offentlige systemer, er det ifølge Løkkegaard nødvendigt med retningslinjer, som kan benyttes på tværs af socialsager, sundhedsvæsen og det juridiske system.

Konkrete screenings- og samtaleredskaber

Som afslutning på kerneelementet *Screening* vil vi kort opregne de forskellige screenings- og samtaleredskaber, som vi gennem ekspertinterviews og TBT-litteratur er stødt på i relation til screeningspraksisser. Det har ikke været et mål for vidensafdækningen at identificere screeningsredskaber, der ville være relevante at indføre i forskellige danske kontekster, hvor man arbejder med børn og unge, der kan have været udsat for traumer. Dog er vi i forbindelse med både interviews og litteratursøgning stødt på forskellige redskaber, som allerede tages i brug eller er ved at blive implementeret, hvorfor de synes relevante at nævne som eksempler på konkrete hjælperedskaber til at opspore traumeproblematikker. Disse screeningsredskaber er angivet på listen nedenfor.

Navn på redskab	Kort om redskabet	Eksempler på hvilke kontekster redskabet er benyttet i
Eventliste (Elklit, 2002)	Liste over 20 potentielt traumatiserende begivenheder. Til 13-årige og opefter. Findes som både selvrapportering og forældrerapportering. Der bliver spurgt til klassiske traumer, men også den bredere ACE-kategori. Den er afprøvet i en række forskellige lande.	Løkkegaard foreslår dette til brug for uddannet frontpersonale eller sagsbehandlere i familieafdelinger eksempelvis.
Del af Diagnostic Infant and Pre-school Assessment (DIPA), der spørger til traumer. DIPA-manualen (sdu.dk)	DIPA'en er et diagnostisk redskab til vurdering af psykopatologi hos førskolebørn. Manualen er udformet som et standardiseret, semistruktureret interview med spørgsmål rettet til omsorgsgiverne om deres børn i alderen 1 til 6 år.	Løkkegaard foreslår dette til brug for uddannet frontpersonale eller sagsbehandlere i familieafdelinger eksempelvis.
SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire. www.SDQinfo.com	Screeener for emotionelle og adfærdsmæssige styrker og svagheder. 25 spørgsmål, der belyser fem dimensioner: emotionelle, adfærd-, hyperaktivitets-, og kammeratskabs problemer samt en skala for prosocial adfærd. Derudover fem spørgsmål, hvor graden af vanskeligheder vurderes samlet. Udfyldelse af barnet selv, forælder/omsorgs- eller kontaktperson/lærer. Aldersgrupper: 2-4, 5-6, 4-10 og 11-17 år.	Kan benyttes af personale, som har sat sig grundigt ind i/er uddannet i proceduren.
WHO-5 Trivselsindeks. WHO-5 – Vidensportalen på det sociale område	WHO-5 er et generisk mål for trivsel. Det består af fem spørgsmål om, hvordan testpersonen har følt sig tilpas i de seneste to uger. Redskabet er udviklet til voksne, men det er benyttet til børn helt ned til 9 år.	CUF anbefaler det som et screeningsværktøj til at få øje på psykisk mistrivsel. Er blevet brugt som monitoreringsredskab i MindSpring – indsats for flygtninge.

I forhold til at understøtte medarbejdernes kompetencer til at få øje på og tale med børn om traumerne på en god måde i forbindelse med opsporingen er vi gennem interviewene med de skandinaviske eksperter tilsvarende stødt på forskellige materialer, som er angivet i listen nedenfor.

Materiale	Kort om	Anbefalet af
Center for Udsatte Flygtninges egne håndbøger om modtagelse af flygtningebørn i dagtilbud og skoler. DRC Publikationer	Håndbøgerne er udviklet sammen med de forskellige fagforbund og er målrettet personalet. De bygger blandt andet på den svenske børnelæge Lars Gustavssons STROF-model, der har til formål at støtte op om barnets egne ressourcer gennem socialpædagogiske indsatser.	Center for Udsatte Flygtninge
Mentalisering i mødet med udsatte børn af Janne Østergaard Hagelquist (2022)	Bogen beskriver, hvad det betyder for børns udvikling, når de udsættes for omsorgssvigt og traumer, og hvordan man på baggrund af denne viden kan møde omsorgssvigtede og traumatiserede børn og unge mentaliserende. Indeholder figurer, modeller og værktøjer, der understøtter det praktiske arbejde med teorien.	VISO-specialisten
Screeningsskema i Peter Levine og Maggie Kleins bog <i>Seeing Trauma Through the Childs Eyes</i> (Levine & Kline, 2007)	Beskriver, hvad omsorgspersoner, undervisere og behandlere kan gøre for at opspore, forebygge og afhjælpe traumatisering hos børn i alle aldre med konkrete praksiseksempler.	VISO-specialisten deler dette ud til lærere og pædagoger. Det er ikke nævnt ovenfor, da skemaet så vidt vides ikke er et valideret instrument.

3.3 Udredning

Dette kerneelement handler om, at man som organisation eller kommune sikrer, at børn og familier, som har været udsat for traumer, modtager en evidensbaseret udredning, der har fokus på både ressourcer og relationer. Formålet er, at man på baggrund af udredningens resultater, og i samarbejde med børn og familier, kan kvalificere og planlægge passende tilbud, interventioner og behandlinger, således at børnenes samlede behov bliver imødeset rettidigt.

Hvor opsporingen af traumeproblematikker som sagt er en opgave for alle medarbejdere omkring udsatte børn og unge, hører udredningsopgaven til inden for det sociale område eksempelvis i mere specialiserede enheder, såsom børnehusene, i familieafdelingerne, herunder i forbindelse med en § 50-undersøgelse, og den er en opgave for fagpersoner, som er særligt uddannet til at udføre den. Samtidig er der, som nævnt i indledningen til kerneelementet *Screening*, et betydeligt overlap mellem praksisser for screening og udredning, hvilket naturligvis også gælder for baggrunden for de to kerneelementer. Desuden har vi i vidensafdækningen haft fokus på den del af traumebevidste praksisser, som kan gennemføres af alle faggrupper, og mindre fokus på udrednings- og behandlingspraksisser, hvorfor lederen fra Børnehus Syd og Løkkegaard er de eneste skandinaviske eksperter, som vi har interviewet i relation

til praksis på området. Kerneelementet *Udredning* vil derfor være et relativt kort supplement til kerneelementet *Screening*, som hovedsageligt baserer sig på disse ekspertinterviews samt NCCTS-eksperternes operationalisering af kerneelementet i TIOA og viden fra litteraturgennemgangen.

3.3.1 Baggrund for kerneelementet

Det er en forudsætning for, at man kan give barnet den rette hjælp og støtte til at komme sig efter traumer, at man får afdækket, hvilke *behov* og *ressourcer* barnet og familien har (Bargeman et al., 2021). Hvor screeningen overordnet har til formål at få øje på de mulige traumeproblematikker, må man i udredningen *vurdere*, 1) hvad det er for traumeproblematikker og øvrige vanskeligheder, der er tale om, og 2) hvordan de påvirker barnet og familien. Hvad der ligger i de to punkter, vil vi uddybe i det følgende. Afsnittet afsluttes med at beskrive, hvorfor det desuden er vigtigt, at selve udredningsprocessen er med til at understøtte barnets ressourcer og muligheder for at komme sig.

Selv hvis man fra en screening har viden om, at et barn har været ude for en potentielt traumatiserende hændelse og viser tegn på mistrivsel, er det ikke ensbetydende med, at barnet er traumatiseret. Det er derfor vigtigt at kunne skelne mellem traumerelaterede problematikker, og problematikker, der skyldes andre forhold i barnets liv. Center for Udsatte Flygtninge og Eruyar et al., (2018) fremhæver eksempelvis, at man må være opmærksom på, hvad der i stedet kunne have baggrund i kultur eller forhold ved eksiltilværelsen, når man arbejder med flygtningebørn og unge, hvilket understøttes af konklusionerne fra Dansk Flygtningehjælps forskningsregistrant, der advarer mod at et ensidigt fokus på traumer og PTSD kan komme til at reducere flygtningebørns komplekse situationer, hvor traumatisering kan være én af mange problematikker (Dansk Flygtningehjælp, 2011).

Omvendt er der en betydelig risiko for at mistolke barnets vanskeligheder som værende udtryk for andre psykiske lidelser eller problemer, fordi børns symptomer eller reaktioner på traumer falder inden for en bred kategori af diagnoser, og mange børn derfor diagnosticeres med ADHD, separationsangst, oppositionel adfærdsforstyrrelse, hvilket kan risikere at sløre vanskelighedernes relation til traumet (Nordanger et al., 2011). Ifølge Løkkegaard vil mange af børnene ligeledes udvikle angst og/eller depression, blive udadreagerende og måske udvise destruktiv adfærd (Løkkegaard, 2019; Løkkegaard et al., 2017). Samtidig vil størstedelen af børn, der har været ude for overgreb og omsorgssvigt ikke leve op til en PTSD-diagnose (ibid.), hvorfor eksperterne advarer mod at bruge den som eneste mål for barnets traumerelaterede belastning. Også i de tilfælde, hvor barnet har PTSD-symptomer, må man i udredningen forholde sig til, om der

er tale om enkel eller kompleks PTSD¹⁴, da det vil være afgørende for, hvilken type behandling barnet vil have brug for. Et barn som eksempelvis har været udsat for overgreb fra deres omsorgspersoner, hvilket typisk vil skade barnets grundlæggende tillid til sig selv og andre, vil have andre behov for behandling og støtte end et barn, som har haft en tryk opvækst, men har fået PTSD af en voldsom bilulykke (Nordanger et al., 2011). Eftersom diagnosticering og den specialiserede traumebehandling ikke er et centralt fokus for en overordnet TBT på det sociale område, vil vi ikke gå yderligere ind i denne del af udredningspraksissen.

Montgomery (2017) beskriver, hvordan traumatisering, foruden psykiske symptomer, kan omfatte forstyrrelser i børnenes udvikling, deres tilknytning til andre mennesker, og deres kognitive processer. For at vurdere, hvordan barnet påvirkes af traumeproblematikken, og derigennem identificere barnets behov, må man derfor danne sig et overblik over beskyttende faktorer og risikofaktorer, og hvordan traumer hænger sammen med forskellige problematikker i barnets liv (Dansk Flygtningehjælp, 2011; Montgomery, 2017). "Pointen er, at man ikke kan se traumer som noget, der er isoleret fra resten af det liv, man lever." (Center for Udsatte Flygtninge). Dette indbefatter, at man undersøger forhold omkring barnets egne ressourcer (kognitive og sociale evner, fysiske helbred mv.) samt forhold i barnets omgivelser (skolegang, fritidsliv, familieliv). De fleste af eksperterne fremhæver her, at det i udredningen er afgørende, at man forholder sig til barnets relation til forældre eller omsorgspersoner og er undersøgende i forhold til, om de har egne traumeproblematikker, da det (blandt andet) er vigtigt for forståelsen af barnets traumesymptomer og mistrivsel og for udredningen af barnets og familiens samlede behandlings- og støttebehov. Da dette er et selvstændigt kerneelement i TIOA-redskabet, beskriver vi det nærmere under afsnittet om *Forældres og omsorgspersoners traumer 3.6*.

Ud over at barnets ressourcer og beskyttende faktorer er vigtige at forholde sig til i vurderingen af barnets belastningsgrad og samlede behov, har det også en betydning i relation til barnets selvforståelse og muligheder for at komme sig, at man sørger for at have fokus på styrkerne. Bargeman et al. (2021) understreger betydningen af, at man i udredningen af behandlingsbehovet får et større fokus på, hvordan børn og unge mestrer traumesymptomerne, så behandlingen kan rette sig mod at understøtte barnets resiliens. Det er en opmærksomhed, som de ifølge lederen af Børnehus Syd også har i deres udredningspraksis i børnehuset. Selv om det ikke er alle børn, der modtager behandling efter en udredning, vurderer Børnehus Syd, at det stadig har betydning for børnenes bedringsproces, at de gennem udredningen er med til at

¹⁴ Enkel PTSD eller "type 1-traumer" referer til enkelthændelser så som ulykker, dødsfald, naturkatastrofer og lignende. Kompleks PTSD eller "type 2" referer til konsekvenserne af gentagende og vedvarende traumatiske belastninger, som sker i mellem menneskelige relationer (Nordanger et al., 2011)

skabe nogle positive selvfortællinger for børnene ved at sætte fokus på ressourcerne i samtalen med barnet og familien. Derudover kan det psykoedukative element i en udredning ligeledes være med til at forstærke barnets resiliens og beskyttende faktorer ved, at både barnet selv, omsorgspersonerne og andre centrale voksne i barnets liv får en forståelse for barnets vanskeligheder og adfærd. Disse elementer vil blive uddybet nærmere under kerneelementet *Resiliens og beskyttende faktorer 3.5*. Dermed er udredningen en praksis, som kan have en behandlende effekt i sig selv, hvorfor der ses en glidende overgang mellem de to praksisser.

3.3.2 Praksisbeskrivelse

Vi vil nu se nærmere på, hvordan man har arbejdet med kerneelementet i praksis. Afsnittet beskriver eksempler på 1) en udredningspakke, 2) tværfaglighed og vidensdeling og 3) udredning tæt knyttet til behandling.

Udredningspakke

I Børnehus Syd er udredning for traumer en integreret del af den samlede udredning af børns belastningsgrad, eftersom de kun ser børn, som er udsat for vold og seksuelle overgreb. Her er det at screene decideret for traumesymptomer én måde at måle barnets belastning på. De anvender en kombination af screeningsredskaber, hvor det er op til den enkelte sagsansvarlige, hvilke der vil blive taget i brug i den enkelte sag. Lederen understreger dog, at det er fagpersonernes *kliniske indtryk*, som er det centrale i deres udredning, hvilket vil sige, hvad fagpersoner vurderer ud fra samtaler og legeobservationer. De arbejder både med samtaleredskaber, som de selv har udviklet, og med mere standardiserede redskaber. Formålet er at have et fælles tredje at tale ud fra med barnet, som understøtter, at de får indhentet de nødvendige oplysninger. Ifølge lederen er det vigtigt, at man som fagperson opbygger sin egen praksis, så man får det ud af sin udredning, man vurderer, der er behov for. Det kliniske indtryk underbygges eller suppleres med screeninger og legeobservationsredskaber. Udredningen må samlet set være grundig, tilpasset barnets alder, og hvad man har brug for viden om. Samtidig, understreger Børnehus Syd, må den tage hensyn til, at den skal være så lidt belastende for barnet som muligt.

I den norske Aline-model (se Furuholmen & Sjøvold, 2017), som arbejder ud fra en udviklingspsykologisk og neurobiologisk tankegang i tråd med det norske TBT, består udredningen af spæd- og småbørn foruden observation også af forskellige standardiserede metoder, som kan bruges til at undersøge barnets udviklingsniveau, og man studerer blandt andet barnets reflekser, autonome responser, muskulaturer og kontaktkapacitet. Derudover indebærer udredningen ligeledes relationen til omsorgspersonerne, eftersom denne relation er så afgørende for barnets udvikling. Også her ses en glidende overgang mellem

udredning og behandling, idet omsorgspersonerne gennem udredningen psykoedukeres og trænes til at aflæse, hvordan det lille barn giver udtryk for stress, hvordan det håndterer traumatiserende hændelser, og hvordan dette påvirker samspillet med omsorgspersonen.

Tværfaglighed og vidensdeling

Som beskrevet ovenfor må en udredning af et barns traumatiseringsgrad og behov for hjælp og støtte basere sig på vurderinger af en række forskellige forhold i og omkring barnet, hvilket fordrer et tværfagligt samarbejde. I Aline-modellen arbejder man i teams bestående af en "barnevernspædagog" og psykolog samt de pædagoger eller beredskabsforældre, som er omkring barnet på døgnbasis, og derudover er både en læge og sundhedsplejerske tæt knyttet til teamet. I Børnehus Syd gennemføres udredningen i tværfaglige teams med mindst en psykolog og en socialrådgiver i hver. Børnehuset er derudover ansvarlig for at inddrage de forskellige sektorer og koordinere børnehusets udredning med den eventuelle lægelige undersøgelse, retsmedicinske undersøgelse og (video)afhøringen af barnet, ligesom oplysninger, der er fremkommet ved de tværsektorielle indsatser, indgår i børnehusets samlede udredning (Socialstyrelsen, 2019).

VISO-specialisten, Center for Udsatte Flygtninge og Løkkegaard understreger vigtigheden af, at der bliver etableret et tværprofessionelt samarbejde omkring børn og unge for at sikre at man forstår og møder deres behov. I TIOA-redskabet og den internationale litteratur beskrives det ligeledes, at en grundig traumebevidst udredning forudsætter, at man sørger for at indhente informationer fra mange forskellige kilder (Bailey et al., 2019; Goldman et al., 2020). Ud over barnet selv og dets omsorgspersoner nævnes barnets institution, skole og øvrige kontekster, som barnet befinder sig i. Informationerne må samtidig gå den anden vej. Med familiens tilladelse må man sørge for, at de relevante aktører og systemer får besked om udredningens resultater med henblik på at minimere dobbeltudredning og optimere koordination og integration systemerne imellem. Børnehus Syd beskriver, at deres hovedopgave er at formidle deres udredning til den kommunale rådgiver, som har til opgave af forestå en samlet børnefaglig undersøgelse. Temaet om vidensdeling vil blive behandlet igen under kerneelementet *Tværgående samarbejde 3.7*.

Udredning tæt knyttet til behandling

I TIOA-redskabet beskrives, hvordan udredningspraksissen må indbefatte, at man i fællesskab med barnet og familien kvalificerer og planlægger, hvilken indsats der vil kunne møde barnets/familiens behov. Det er ifølge Lang vigtigt, at man ikke er eksperten, der skal fortælle familien, hvad den skal gøre, men at man sammen med familien forholder sig til informationer om traumer og andet, der har betydning, og samarbejder om at udvikle en plan.

Eftersom resultaterne af udredningen vil ligge til grund for en eventuel indsats eller behandling, gøres der i TIOA-redskabet opmærksom på behovet for, at udredningen gentages i overensstemmelse med, at der naturligt, eller som resultat af en indsats, vil ske en udvikling i barnets eller familiens behov, og at individuelle behandlingsplaner derfor må revideres og tilpasses (Goldman et al., 2019). Derudover ser de det som en integreret del af en traumebevidst praksis, at man som organisation regelmæssigt måler på og evaluerer de samlede udredningsresultater med henblik på at forbedre praksis. Løkkegaard bekræfter relevansen af en regelmæssig udredning både i forhold til at vurdere behovet for behandling og i forhold til at vurdere, om behandlingen virker. Hun påpeger, at en sådan praksis kan være vanskeligere på det sociale område end på det sundhedsfaglige, hvorfor hun ser et behov for nationale retningslinjer, der vil kunne guide processen.

3.3.3 Organisatoriske og etiske betragtninger

Eksperternes fremhæver de samme betingelser som for kerneelementet *Screening*: at fagpersonerne, som står for udredningen, har den nødvendige uddannelsesmæssig baggrund og tilbydes regelmæssig, reflektiv supervision med henblik på at understøtte målene for udredningsprocessen. Da det er kompliceret at vurdere traumers betydning for barnets generelle udvikling, må udredning udføres af fagpersoner med specialiseret viden (Furuholmen & Sjøvold, 2017). Løkkegaard fremhæver her nødvendigheden af, at faggrupper, såsom socialrådgivere, får en grunduddannelse eller træning, da de ikke på samme måde som psykologer er uddannet i assessment og psyometri. Derudover finder hun det vigtigt, at man har fokus på, hvordan man kan bruge hinandens styrkesider og ikke overtager hinandens kerneopgaver.

Ligeledes gælder behovet for overordnede retningslinjer også udredningsområdet, og Løkkegaard efterlyser i den forbindelse, at informationer om, hvor der findes certificerede traumebehandlere i barnets lokalområde, gøres mere tilgængelige for sagsbehandlere, hvorved man letter processen med at sikre, at barnet tilbydes traumebehandling, hvis der er behov for det.

I relation til at en udredningsproces også må have fokus på barnets ressourcer og resiliens, vil det på et organisatorisk niveau kunne understøttes af, at kommunale sagsbehandlere arbejder traumebevidst og dermed er opmærksom på at beskrivelser af ressourcer ikke er ensbetydende med, at der ikke også kan være alvorlige støtte- eller behandlingsbehov.

3.4 Videns- og kompetenceopbygning

Kerneelementet handler om, at man sikrer, at medarbejderne både har baggrundsviden og kompetencer til at kunne møde mennesker med traumatiske erfaringer på en hensigtsmæssig og udviklingsfremmende måde, hvilket indebærer, at man skaber rammerne for en arbejdskultur, der fremmer tryghed og trivsel. Dette afsnit vil beskrive kompetenceudvikling hos medarbejderne. Først beskriver vi, hvorfor det er vigtigt, at medarbejderne klædes på til at kunne arbejde traumebevidst, og dernæst hvilke kompetencer det ifølge eksperterne er nødvendigt, at medarbejderne har. Til sidst beskrives organisatoriske praksisser, som understøtter medarbejdernes kompetenceudvikling.

At medarbejderne har de nødvendige kompetencer for at kunne arbejde traumebevidst, er en grundlæggende forudsætning for de øvrige kerneelementer. Det er første skridt for, at en traumebevidst tilgang kan gøre en forskel for udsatte børn og unge. Derfor er træning og udvikling af medarbejdernes kompetencer også kort nævnt under de andre kerneelementer som en del af de organisatoriske forudsætninger for, at kerneelementets formål kan gennemføres i praksis. Medarbejdernes videns- og kompetenceopbygning har eksempelvis et overlap med kerneelementet, Sekundær traumatisering, der handler om, hvordan medarbejderne undgår selv at blive traumatiseret, hvilket vi specifikt behandler i afsnit 3.8.

3.4.1 Baggrund for kerneelementet

Baggrunden for, at ansatte, der arbejder på det sociale område, må have viden om og kompetencer i forhold til traumer, knytter sig særligt til to overordnede pointer:

1. Medarbejderne har en særlig rolle i forhold til at kunne opspore traumeproblematikker hos børn og unge.
2. Medarbejderne kan, i mødet med traumatiserede børn og unge, være med til at forebygge retraumatisering og understøtte, at børnene kommer sig igen.

Medarbejdernes opsporende rolle (punkt 1) blev beskrevet under kerneelementet *Screening* 3.2. Her udfolder vi derfor punkt 2.

Flere af de eksperter, som vi har interviewet, refererer til Bruce Perrys Neurosekventielle Model.¹⁵ En central pointe i denne model er, at det ikke kun er den ene time hos psykologen, som gør forskellen, men i høj grad også, hvordan

¹⁵ www.neurosequential.com

barnet mødes og støttes af voksne omkring det i døgnets øvrige 23 timer. Her spiller medarbejdere, eksempelvis lærere, pædagoger, som bruger meget tid sammen med børnene, en stor rolle. I den eksisterende litteratur er kompetenceudvikling af medarbejdere også den mest undersøgte komponent (Bunting et al., 2019), og resultaterne af Dansk Flygtningehjælps forskningsregistrant viser, at de bedste resultater ses ved interventioner, hvor det professionelle netværk er uddannet til at håndtere flygtningebørn og familiers problematikker (blandt andet i forhold til traumatisering og forebyggende tiltag) (Dansk Flygtningehjælp, 2011). Red Barnet i Sverige oplevede, at både lærere og personale i Socialtjenesten, men også behandlere i Børne- og Ungdomspsykiatrien, var i tvivl om, hvad de skulle gøre i forhold til barnets traumatisering, og derfor ofte tænkte, at "bare barnet kom til behandling hos en psykolog, så ville barnet få den rette hjælp". På skoleområdet beskriver Herrenkohl et al. (2019) og Cohen & Barron (2021), at lærere kan være i tvivl om, hvordan de skal håndtere traumereaktioner blandt deres elever. Østmoe beskriver samme fænomen blandt ansatte på anbringelsesinstitutionerne i Norge: at medarbejdere kan være usikre på, om de har kompetencer til, eller er de rette til, at gå ind i og arbejde med børnenes traumeproblematikker. Ét af de grundlæggende budskaber fra Red Barnets undervisning er derfor, at "vigtige voksne gør en forskel", hvilket kan være alle voksne omkring barnet.

Hvad der ifølge eksperter skal til, for at medarbejdere er klædt på til at arbejde traumebevidst i arbejdet med børn og unge, vil blive beskrevet i det følgende. Afsnittet er opdelt efter, hvilken *viden* om traumer medarbejderne må besidde, og dernæst hvad der anses for at være vigtige *kompetencer* i en traumebevidst praksis.

Viden

Det er ifølge eksperterne ikke nødvendigt, at alle faggrupper har samme niveau af viden, men samtidig understreger de betydningen af, at de professionelle har en fælles forståelse og et fælles sprog omkring traumer, da det letter samarbejdet og sikrer en mere koordineret indsats (Angelöw et al., 2018; Berger, 2019; Steinkopf et al., 2020). Eksempelvis fortæller Red Barnet i Sverige, at det letter skolepsykologernes arbejde (i Elevhälsan), at de får en fælles introduktion til TBT sammen med det øvrige personale. Selvom undervisningen ikke er på et psykologfagligt niveau, oplever psykologerne det alligevel som relevant, da det skaber et godt fundament for at kunne samarbejde med det øvrige personale. Steinkopf beskriver ligeledes, at en af de mest hyppige tilbagemeldinger fra medarbejdere, der har deltaget i RKVTS' uddannelser i TBT, er, hvor nyttigt de finder det at have et fælles sprog for traumer og traumeproblematikker. I Børnehus Syd har man ligeledes en grundlæggende fælles viden om traumesymptomer og reaktioner, men samtidig læner de ansatte sig op af forskellige tilgange (eksempelvis narrative eller psykodynamiske) og har

forskellige vidensniveauer og erfaringer, hvilket ifølge lederen giver plads til nuancerede drøftelser og diskussioner af de problematikker, de står overfor.

I analysen af ekspertinterviewene har vi identificeret følgende seks typer af grundlæggende viden om traumer, som organisationer skal opbygge og indarbejde i det fælles sprog:

1. Viden om traumer og udbredelse

Medarbejderne må have en basal viden om traumer og forekomsten af traumer, herunder at den brede ACE-kategori kan være potentielt traumatiske hændelser for børnene. Det er Red Barnet i Sveriges erfaring, at mange medarbejdere på folkeskolen forud for undervisningen i TBT havde opfattelsen af, at den traumebevidste tilgang kun var relevant for børn med flygtningebaggrund, men i løbet af undervisningen blev de opmærksomme på, at tilgangen er lige så vigtigt for børn, som er udsat for vold i hjemmet eller er anbragte. Samme erfaring blev gjort i forbindelse med NUSSA-projektet, som var tiltænkt flygtningebørn samt børn af veteraner, men som de ansatte fandt relevant for en meget bredere målgruppe af socialt udsatte børn (Møldrup-Lakjer, 2014).

2. Viden om, hvordan traumer påvirker børns adfærd og udvikling

Punktet handler om at have en forståelse for, at al adfærd har en årsag, og at man må kunne se sammenhængen mellem barnets tidligere erfaringer og dets tanker, adfærd og følelser. Det er særligt denne viden, som ifølge Steinkopfs forskning er central for en traumebevidst praksis, da den sætter medarbejderne i stand til at se bag om de unges udfordrende adfærd og møde de behov, som adfærden er udtryk for (Steinkopf et al., 2020). En sådan forståelse forudsætter en viden om børns udvikling, og hvilken betydning tidlige samspilserfaringer med omsorgspersoner har for denne udvikling. En overordnet viden om, hvorledes traumer påvirker hjernen og det øvrige nervesystem, herunder hvordan det kan føre til både et for højt og et for lavt stressaktiveringsniveau og kan påvirke børnenes kapacitet til at lære og udforske. Desuden må man have en viden om, hvordan traumer kan påvirke børns fysiske helbred i det hele taget (Hughes et al., 2017; Sapolsky, 2004).

3. Viden om forskellen mellem de forskellige typer af traumer

Ekspertene fremhæver i denne forbindelse vigtigheden af at kende til forskellen mellem komplekse traumer/udviklingstraumer og enkeltstående traumer (Nordanger et al., 2011). Selvom frontpersonalet ikke har til opgave at udrede typen af traumatisering eller barnets behandlingsbehov, er det ifølge VISO-specialisten afgørende for den pædagogiske indsats, at frontpersonalet bliver gjort opmærksom på, hvornår der er tale om interpersonelle traumer, som har

undergravet barnets grundlæggende tillid og evne til at føle sig trygt, da man her må benytte en anden strategi end ved øvrige traumer eller angst for at kunne hjælpe barnet til at få det bedre. Han eksemplificerer dette med, at man som pædagog kan hjælpe et barn med enkle traumer eller angst ved at skubbe på, for at barnet kommer "op på hesten igen" og ud i skolegården. Denne form for gradvis eksponering over for hændelser, som udløser angsten, er klassisk i Cognitive Behavioral Therapy (CBT). Men er der tale om komplekse traumer, så skal barnet først og fremmest opleve, at nogen beskytter barnet: Man må som pædagog stå med lille Omar i døren og sige "ja, det er rigtigt nok, at du er bange. Det er langt væk, det du er bange for. Nu skal vi lære dig, at du er et sted, hvor der er trygt. Der er ikke nogen, der presser dig ud af døren", da det vil kunne medføre, at barnet "presses ind i fortiden" og risikerer at blive retraumatiseret (Van der Kolk, 2014). Det er VISO-specialistens erfaring, at klassisk eksponering kan komme til at gøre mere skade end gavn over for mennesker med en kompleks traumehistorik, hvorfor det er afgørende for en traumebevidst tilgang, at frontpersonalet er bevidst om, hvorledes forskellige typer af traumer fordrer forskellige psykologiske og pædagogiske strategier.

4. Viden om, hvordan traumer påvirker børnenes liv og relationer

Som beskrevet under *Udredning* er det afgørende, at man forholder sig til, hvorledes traumer ofte vil påvirke barnet på mange områder, for at kunne sikre, at alle barnets behov bliver mødt. Det kræver naturligvis, at man som medarbejder har en viden om disse sammenhænge, og hvad det kræver af tværfagligt og tværgående samarbejde at imødekomme disse behov for både barnet og familien. Herunder må man også have viden om, hvordan traumer hos forældrene påvirker barnet og den samlede familie. Disse temaer vil blive beskrevet yderligere under kerneelementerne for *Tværgående samarbejde 3.7* og *Forældre og omsorgspersoners traumer 3.6*.

Samtlige eksperter nævner samtidig en bekymring for, at man med det øgede fokus på traumers betydning kan havne i den anden grøft, hvor man overser andre former for problemer eller lidelser hos børn og unge. Red Barnet deler i interviewet eksempelvis refleksioner i forhold til, om de i undervisningen af personale i TBT kan komme til at tale for meget om traumer og om, hvor vigtigt det er at tage "traumebrillerne på", så de ikke får italesat, at der også kan være andre individuelle behov. Her tænker de særligt på personale, der ikke har så meget viden om psykopatologi, hvorfor traumeperspektivet i nogle tilfælde vil komme til at dominere personalets forståelse af børns problematikker. Center for Udsatte Flygtninge advarer eksempelvis imod, at flygtningebørns traumehistorik automatisk kommer i forgrunden, hvis barnets behov aktuelt handler om lektiehjælp eller kontakter til et fritidsjob. Det konstante fokus på traumerne kan potentielt være mere belastende end hjælpsomt for barnet,

også selvom barnet har oplevet voldsomme traumer, der måske har været eller senere vil være behandlingskrævende. En traumebevidst tilgang indebærer derfor en afbalanceret opmærksomhed på, at problematikker kan skyldes andet end traumer.

5. Hvordan traumereaktioner påvirkes af den kulturelle kontekst

Center for Udsatte Flygtninge ser det som en vigtig del af at kunne arbejde traumebevidst omkring flygtningebørn, at man som medarbejder har kulturforståelse og kendskab til rammebetingelser omkring det at være flygtning i Danmark. I Dansk Flygtningehjælps forskningsregistrant fremhæves vigtigheden af at arbejde kultursensitivt ligeledes i mange af de inkluderes studier, og det eksemplificeres ved, at man inddrager flygtninges egne sygdomsopfattelser og børnenes egne kulturelle kontekster for at sætte fokus på, hvordan børnene selv forstår og associerer deres traumatiske oplevelser. Eksempelvis må man være opmærksom på, at måden, vi taler om og forstår traumesymptomer og diagnoser på i Vesten, ikke nødvendigvis giver mening i andre kulturelle kontekster, hvorfor man må tilpasse sin praksis på en måde, så det giver mening for familierne. Det er eksempelvis ikke i alle kulturer, at man vil finde den vestlige PTSD-diagnose meningsfuld, hvis man forstår sine vanskeligheder som udtryk for en samfundsmæssig uretfærdighed og ikke en individuel sygdom. Ligeledes er der eksempler på, hvordan tavshed omkring traumehændelser i nogen kulturer ses som en positiv mestringsstrategi, som de psykosociale indsatsere kan tage udgangspunkt i, frem for at kategorisere tavsheden som undgåelsesadfærd og dermed som noget negativt ud fra en vestlig tankegang (Dansk Flygtningehjælp, 2011). Pointen er her ikke en diskussion om, hvorvidt man skal tale om traumer eller ej som led i en behandlingsindsats. Det handler først og fremmest om, at man som led i at arbejde traumebevidst må have en viden om, hvordan den kulturelle kontekst har betydning for, hvordan traumer kommer til udtryk, og at det er vigtigt at kunne møde barnets og familiens forståelse på en hensigtsmæssig måde.

6. Hvordan traumer påvirker medarbejderne selv

Sluttelig fremhæver eksperterne vigtigheden af, at medarbejderne har viden om, hvordan de kan blive påvirket af at arbejde med traumatiserede børn og unge. De må være bevidste om nødvendigheden af at kende til deres egne grænser og typiske reaktionsmønstre, hvis de eksempelvis bliver berørt eller "trigget" i relationen til et barn, da det er med til at forebygge overbelastning af såvel børnene som dem selv. Dette punkt vil blive udfoldet nedenfor i forbindelse med kompetencen til selvrefleksion samt under kerneelementet *Sekundær traumatisering 3.8*.

Afhængigt af hvilken faggruppe man tilhører, vil noget af denne viden naturligvis være mere kendt end andet – eksempelvis vil de fleste pædagoger og

sundhedsplejersker vide meget mere om børns udvikling, mens det vil være mere nyt for mange socialrådgivere eller sekretærer. Pointen er som sagt at få skabt en fælles viden at stå på og derudover få koblet den mere specialiserede viden om traumer og traumeproblematikker på den erfaring og den fagkundskab, som medarbejderne i forvejen har.

Kompetencer

Én ting er medarbejderens viden om traumer, men det afgørende er naturligvis, hvordan man omsætter denne viden til handling i den konkrete praksis. Ifølge eksperterne og vidensafdækningen er der ikke forsket i denne omsætning af viden til handling, men særligt CACTUS-netværkets operationalisering af TBT i TANDEM har fokus på dette aspekt. Derfor er afsnittet særligt præget af, hvad den norske ekspertgruppe har identificeret som vigtige kompetencer for ansatte, som har til opgave at hjælpe børn og unge med sociale og emotionelle vanskeligheder, men også VISO-specialisten beskriver konkrete kompetencer i relation til pædagogers og læreres arbejde.

Kompetencerne er, for overblikkets skyld, ligeledes kategoriseret under seks punkter, selvom flere af kompetencerne vil kunne passe ind under mere end én overordnet kompetence. Eksempelvis er stressregulering også med til at opbygge tryghed. Hvor de fem første relaterer sig til, hvad den enkelte fagperson må være i stand til, handler det sjette punkt om, hvad der karakteriserer en traumebevidst arbejdskultur blandt medarbejderne.

1. Opbygge tryghed og tillidsfulde relationer

At kunne skabe tryghed for barnet er et af de mest grundlæggende elementer ved TBT og fremhæves af litteraturgennemgangen og samtlige eksperter som en særskilt, vigtig kompetence for fagpersonen. Det kan være helt konkret i form af at sikre barnets fysiske tryghed, herunder at kunne udarbejde sikkerhedsplaner, hvis barnets eksempelvis er i reel fare for overgreb. Det kan også være at sikre barnets tryghed i forhold til at kunne fortælle, hvad det har været ude for. I regi af Børnehusene er man eksempelvis meget opmærksom på, at barnet ikke skal komme i klemme og frygte for konsekvenserne, hvis det skal fortælle om overgreb fra en omsorgsperson, og omsorgspersonen ikke er indstillet på, at barnet må fortælle om hændelserne.

Derudover handler det om at kunne styrke børnenes følelse af tryghed. Ifølge VISO-specialisten, så skal børnene mærke, at der er nogle voksne, som tager ansvar for, at de er i et trygt miljø, og som vil hjælpe dem til at blive mindre angste. Særligt i relation til anbragte børn er det vigtigste at skabe tryghed for dem, da de ofte vil have oplevet interpersonelle traumer. VISO-specialisten understreger her forskellen mellem at give børnene kærlighed og skabe tryghed. Tryghed handler ikke primært om at føle sig elsket, men om at føle sig

beskyttet. For et barn, som eksempelvis har været udsat for vold eller overgreb fra deres omsorgspersoners side, kan det at blive mødt med kærlighed, være forbundet med noget farligt (Bailey et al., 2019; Galvin et al., 2022). Det vigtige er derfor ikke at give børnene kærlighed, men at medarbejderne er i stand til at møde børnene med venlighed og hjælpe dem til at opbygge eller genopbygge den interpersonelle tillid. Ifølge eksperterne er det derfor afgørende, at medarbejderne er i stand til at skabe gode tillidsfulde relationer også i de tilfælde, hvor børnenes adfærd kan være udfordrende, hvilke kan stille store krav til medarbejdernes evne til at forestille sig barnets tanker og følelser og til deres selvrefleksion (også kaldet mentaliseringsevne, Scavenius et al., 2019). VISO-specialisten beskriver, hvorledes komplekse traumer (eller udviklingstraumer) kan give anledning til, at barnet som forsvarsstrategi har udspilt hele dele af personligheden, eksempelvis hvordan barnet var som treårig, hvor traumet fandt sted. Det kan typisk vise sig ved, at et barn skifter mellem to helt forskellige typer adfærd. Som frontpersonale er det vigtigt, at man kan tåle at være sammen med begge "dele" af barnet, og eksempelvis ikke sige "jeg vil gerne tale med dig, når du er sød og ordentlig, men ikke når du bliver vred og umulig, så må du gå ind og lukke døren", da man derved kan udelukke lige den del, der reagerer på traumet, og som har brug for at blive mødt.

Følelsen af tryghed gælder ikke kun i relation til barnet selv, men kan også handle om, at barnet skal opleve en tryghed for dets nære. Hvis et barn eksempelvis er bekymret for, om der skal ske noget med dets syge mor, mens det er i skole, så må læreren kunne registrere det og sørge for kunne betrygge barnet i, at der er nogen, som passer på moderen (hvilket selvfølgelig skal være reelt). Center for Udsatte Flygtninge fremhæver desuden vigtigheden af, at eksempelvis lærere og pædagoger også er i stand til at skabe gode relationer til barnets forældre, hvis barnet skal trives og føle sig tryk.

2. Regulere stress hos barnet og sig selv

Denne kompetence består i, at frontpersonalet må være i stand til at registrere barnets behov i forskellige situationer, eksempelvis når barnet bliver verbalt eller fysisk udadreagerende eller lukker sig inde i sig selv, og kunne møde barnet på en hensigtsmæssig måde. At barnet udvikles og støttes til at komme sig efter traumer gennem medarbejdernes evne til at bevare roen og støtte barnet til at regulere sit stressniveau (co-regulering), er én af de bærende idéer bag TBT. Steinkopf og kollegaers forskning viser, at det er en kompetence, som medarbejderne i overensstemmelse med dette finder særligt vigtig i forhold til at kunne opbygge relationer og skabe tryghed for barnet. Samtidig belyser forskningsresultaterne de store krav, det stiller til de ansattes egen reguleringsevne og tolerance, da de som en del af tilgangen må bringe sig selv og deres egen sårbarhed samt følelses- og adfærdsmæssige reaktioner i spil

(Steinkopf, 2021; Steinkopf et al., 2021). Det er tema, som vi vil vende tilbage til under kerneelementet *Sekundær traumatisering 3.8*.

Ud over at støtte barnet til regulering gennem co-regulering kan man som frontpersonale hjælpe barnet til at regulere sit stressniveau med forskellige typer af sansestimulering. Det kan være ved at guide barnet til at fokusere på åndedrættet og bruge sanserne for på den måde at minde barnet om, at det er et andet sted end i traumet. Det er også med til at give barnet en følelse af tryghed, og det at lære barnet stressregulering er en central intervention i forhold til at hjælpe et traumatiseret barn med at komme sig. Ifølge VISO-specialisten kan regulering ved hjælp af sanserne være en del af undervisningen, som alle børn kunne have gavn af.

3. Kunne tale med børnene om deres traumeerfaringer

Som beskrevet under kerneelementet *Screening 3.2*, er spørgsmålet om, hvordan man taler med børn om traumer på en god måde, ikke enkelt, men alle eksperter fremhæver det som en vigtig kompetence hos medarbejderne. For medarbejdere, som ikke har en behandlingsopgave, og hvor traumerne allerede er kendte, handler det ifølge CACTUS-eksperterne om, at medarbejderne må være i stand til at tale med barnet om traumerne, når det er på barnets initiativ. Det relaterer sig til den tidligere nævnte problematik: Hvordan et stort fokus på traumet kan påvirke barnets selvforståelse. Steinkopf fortæller, at i de deres programmer, som særligt er målrettet medarbejderne omkring børn i anbringelsesinstitutioner, vælger de ikke at snakke så meget om traumerne, netop med det formål ikke at bidrage til, at barnet skal få opbygget en identitet som traumatiseret. Han henviser her til erfaringer med, at mange af de unge, der oplevede Utøya, kæmper med at komme ud af en offerrolle. I deres træningsprogrammer har RKVTS derfor fokus på, at medarbejderne skal kunne være tilgængelige for barnet og ikke være bange for at sige noget forkert, men ikke selv opsøge, at barnet skal fortælle om det. Steinkopf beskriver det samtidig som en problemstilling, de ikke har løst endnu, og påpeger, at det kan være mere relevant i en behandlingskontekst at tale om traumerne. Da traumebehandling ikke er fokus for denne vidensafdækning, vil vi ikke gå videre ind i, hvordan man i overensstemmelse med forskellige behandlingstilgange bør (eller ikke bør) tale om traumerne, og hvad det vil kræve af kompetencer for medarbejderne. Der kan dog siges at være en gråzone i forhold til, at flere af eksperterne nævner vigtigheden af, at også medarbejderne omkring børnene, som ikke har en behandlingsopgave, må kunne understøtte bedringsprocessen ved at hjælpe børnene til at forstå, hvorfor de reagerer, som de gør, og kunne tale med børnene på en måde, som giver dem håb for fremtiden. Dette indebærer dog ikke nødvendigvis, at man taler en masse om selve traumeoplevelsen (Van der Kolk, 2014). Ifølge VISO-specialisten vil det være begrænset, hvad man som eksempelvis skolelærer har brug for at vide for at

kunne tilpasse sin praksis i forhold til barnets behov, og at man derfor ikke behøver at udspørge barnet om detaljerne, men at informationer, man kan få fra omsorgs- og øvrige fagpersoner omkring barnet, kan være tilstrækkelige: "Der skal ikke meget til, før vi begynder at tage hensyn. Vi ændrer automatisk adfærd, når vi ved, at folk har været ude for noget voldsomt".

4. Være i stand til at involvere og empower unge og familier

Som fagperson må man desuden være i stand til at involvere familie og andre ressourcepersoner i støttende netværk rundt om børnene, herunder kunne tilpasse hjælpen til deres egen kulturelle forståelse (Goldman et al., 2020; Nordanger et al., 2021). Det er ikke noget, som bliver belyst nærmere i ekspertinterviewene, men er kompetencer, som knytter an til vigtigheden af, at man styrker barnets resiliens og ressourcer, hvilket vi kommer ind på i det følgende kerneelement.

5. Refleksivitet

Denne kompetence bygger blandt andet på Steinkopf og kollegaers forskning og handler om vigtigheden af, at medarbejderne er i stand til at reflektere over deres egen rolle i samspillet med børn og unge – herunder hvad det er for adfærd og følelsesudtryk hos barnet, som trigger fagpersonen, og hvorledes det kan hænge sammen med fagpersonens egen opvækst. Man må som fagperson være bevidst om, at man for et barn kan virke truende i sin måde at være på, og være åben for, at kollegaer kan hjælpe til at se, hvilken rolle fagpersonen har i samspillet. Endelig indbefatter kompetencen til refleksivitet ligeledes fagpersonens evne til at tage vare på sig selv i forhold til at kunne holde til arbejdet (Steinkopf et al., 2020, 2021).

6. Traumebevidst arbejdskultur

Ifølge Steinkopf er forudsætningerne for at arbejde traumebevidst ikke isoleret til den enkelte fagpersons kompetencer, men i stedet tænker han traumebevidst praksis som en arbejdskultur, der må opbygges over tid. Det er "hele kulturen, der må indstilles på at kunne møde børn og familier på en konstruktiv måde. Hvis ikke du får bragt det ind i kulturen, så vil det ikke lykkes" (Steinkopf). Denne opmærksomhed på arbejdskulturens rolle afspejles i TANDEM-redskabet, som ud over at monitorere medarbejdernes opfattelse af egne TBT-kompetencer også operationaliserer TBT som en tilgang i arbejdskulturen på to områder: Det ene område er en "brugerstøttekultur", hvor man arbejder ud fra en fælles forståelse for, hvordan man bør møde børnene, og har en fælles bevidsthed om, hvordan man omtaler børnene kollegaerne imellem og hjælper hinanden til at se børnenes fremtidsmuligheder. Det andet område er en "kollegastøttekultur", hvor man taler om, hvordan man som fagperson selv påvirker samspillet med børnene, og hvor man kan være åben om situationer, som man finder vanskelige, hvilket hænger uløseligt sammen med den enkeltes evne til refleksion, som beskrevet oven for. Hvordan arbejdskulturen er en forudsætning for, at en organisation kan arbejde traumebevidst, bliver italesat

af samtlige eksperter og vil blive udfoldet yderligere under kerneelementet *Sekundær traumatisering* 3.8. Derudover handler kollegastøttekulturen i TANDEM også om, at man kan samarbejde med andre kommunale instanser om indsatserne. Det tværgående samarbejde bliver ikke beskrevet yderligere i redskabet, men vil ud fra operationaliseringen i TIOA-redskabet blive præsenteret som et kerneelement i sig selv senere i rapporten 3.7.

Ovenstående beskrivelser af, hvad man som frontpersonale skal *kunne* for at arbejde traumebevidst, vil af mange faggrupper formentlig blive anset for at være kendte pædagogiske kompetencer – eksempelvis at man må være i stand til at opbygge tillidsfulde relationer og være bevidst om, at der kan være en god forklaring på børns trivselsproblemer og adfærd. Dette forhold giver anledning til diskussionen i næste afsnit, hvorvidt der er noget særligt, der adskiller TBT fra almindelig god omsorg (Steinkopf et al., 2020; Thomas et al., 2019).

Er TBT bare almindelig "god praksis"?

Lang og Hansson problematiserer i deres artikel fra 2016, at TBT er et så udefinerbart begreb, at det vanskeliggør evalueringer af TBT-indsatser og gør det svært at adskille TBT fra almindelig god praksis (Hanson & Lang, 2016). Lang bekræfter i interviewet, at der langt hen ad vejen ikke er noget nyt i den traumebevidste tilgang, og at mange organisationer i forvejen arbejder på måder, som er helt konsistente med TBT, men bare uden at kalde det traumebevidst. Det gælder eksempelvis organisationer, som fokuserer på at styrke børns resiliens og understøtte forældreverner. Samtidig understreger Lang, at der afgjort også er områder, hvor man *ikke* arbejder traumebevidst. For eksempel nævner han det amerikanske retsvæsen, som har en meget anderledes tilgang til at forstå adfærd, end den, der er indlejret i den traumebevidste tilgang.

Også ifølge de skandinaviske eksperter kan man argumentere for, at TBT er som almindelig god omsorg, men med den pointe, at man må være bevidst om, at traumatiserede børn har et særligt stort behov for den gode omsorg, ligesom man må have et tillægsmodul med viden om traumer. Østmoe formulerer forskellen som, at du som fagperson ud fra TBT må være bevidst om, at du "statistisk set vil møde børn og unge udsat for traumer, men også at de statistisk set ikke vil fortælle dig det. Hvad betyder den viden for, hvordan du arbejder med de her børn?" Hun eksemplificerer dette med, hvilken forskel det gør at have viden om, hvorledes traumer påvirker hele barnets liv: "Hvis du har reguleringsvanskeligheder, har du også vanskeligheder ved at høre efter i skolen, vanskeligt ved at få venner, måske tendens til at se negativt på dit liv, og det påvirker hele din fremtid. Hvis man bare arbejder ud fra, at man skal møde andre med omsorg og respekt, så har man ikke nødvendigvis det niveau med." Steinkopf anerkender ligeledes, at TBT ikke adskiller sig fra, hvordan en velfungerende mor ville behandle sit barn, men at der må være at ekstra lag af

forståelse eller træning: "Når et 17-årigt barn spytter dig i ansigtet, så er det ikke så let at anvende den her gode omsorg. Så kan man have behov for kundskab, en måde at forstå det på, for at kunne bypasse en primal-refleks. Helt enkelt god, naturlig omsorg – med et ekstra lag af kundskab på toppen." Steinkopf henviser her til hans forskningsresultater, som peger på, at det have viden om traumer har betydning for de ansattes evne til at reflektere over, hvad der ligger bag de unges udfordrende adfærd, og dels de ansattes evne til at co-regulere, hvorfor det kan anses for at være udtryk for, hvad der er særligt ved en traumebevidst tilgang i praksis (Steinkopf et al., 2020).

Steinkopf anerkender samtidig, at der med argumentationen for behovet for TBT kan anes en indbygget kritik af, at den eksisterende "omsorg" ikke er god nok. Steinkopf forstår TBT's store popularitet i det norske Barnevern på trods af den indlejrede kritik som et udtryk for, at man netop ikke har præsenteret det som "almindelig omsorg", men i stedet har underbygget argumentationen for TBT med henvisning til neurovidenskaben. Ud fra blandt andet Bruce Perrys traumeteori, som bygger på MR-scanninger og anden dokumentation for, hvorledes traumer påvirker hjernen og nervesystemet, har tilgangen fået en legitimitet, som er helt reel, selvom den langt hen ad vejen bare understøtter noget, som mange intuitivt føler, er "den rigtige omsorg". Det er Steinkopfs erfaring, at mange beskriver det at arbejde ud fra TBT "som at komme hjem", hvilket han tror, kan hænge sammen med, at TBT-modellen kommer efter en årrække med mere adfærdsorienterede modeller. Disse har medført, at man på institutionerne har arbejdet ud fra "betingningstankegangen" og en konsekvenspædagogik, der opererer med en forståelse af, at negativ adfærd ikke må belønnes, men bør mødes med konsekvens og mild straf. Dette står i modsætning til tankegangen i TBT, som i højere grad er konsistent med de miljøterapeutiske tilgange, som dominerede, før de adfærdsterapeutiske tilgange kom til, og som byggede på mere klassiske psykodynamiske modeller. I lighed med TBT er de mere optaget af at *forstå* det, som ligger bag adfærden, hvilket ifølge Steinkopf også kan være medvirkende til, at mange medarbejdere, som måske har været i faget siden dengang, tager tilgangen til sig, mens medarbejdere, der er mere tilhængere af kognitiv adfærdsterapi (Cognitive Behavioural Therapy, CBT), kan opleve TBT som en kritik.

3.4.2 Praksisbeskrivelse

Afsnittet vil i dette kerneelement, i modsætning til de foregående kerneelementer, ikke omhandle en praksis rettet mod børn og unge, men derimod praksis for, hvordan man kan sikre, at medarbejderne har den nødvendige viden og de nødvendige kompetencer til at kunne arbejde traumebevidst. Indledningsvis beskrives, hvad der kræves i forhold til at opbygge og vedligeholdes medarbejdernes kompetencer, og derefter vil vi komme ind på, hvilke organisatoriske rammer der må være til stede.

Uddannelse, træning og praksisnær supervision

Udgangspunktet for at kunne arbejde traumebevidst er som nævnt, at alle medarbejdere må have en grundlæggende uddannelse og træning, som kan give dem et tilstrækkeligt videns- og kompetenceniveau. Ud over at denne uddannelse må tilbydes alle nyansatte, må man ifølge eksperterne også gennemføre regelmæssige kurser for alle for at sikre, at denne viden vedligeholdes. Længden af kurser og supervision i eksisterende studier varierer betydeligt. Reviewet af Bunting et al. (2019) finder eksempelvis kurser ned til to timers varighed og op til år lange trænings- og supervisionsindsatser. Studierne anser den vedvarende støtte efter den første træning som essentiel for at kunne implementere traumbaserede principper i organisationens daglige arbejde. Specifikt på skoleområdet finder Roseby & Gascoigne (2021), at programmer, som tilbyder et intensivt opstartsforløb og regelmæssige booster-sessioner over en længere periode, har større sandsynlighed for at ændre elevernes læse- og matematikevner.

Udfordringen er som tidligere nævnt at få omsat træningen til praksis. Selvom mange medarbejdere, ifølge både Lang og de skandinaviske eksperter, finder træningen meningsfuld og tager den til sig (Angelöw et al., 2018; Steinkopf et al., 2020), er Langs erfaring, at det er knapt så intuitivt for de fleste, hvordan de skal gøre deres arbejde anderledes, og at de fleste træningsprogrammer ikke går ned på et så specifikt niveau. En evaluering af Red Barnets todages kurser i TBT bekræfter, at der er diskrepans mellem viden og praksis, hvilket har medført, at organisationen er begyndt at tilbyde supervision som opfølgning på undervisningen for at støtte medarbejderne til at få oversat den nye viden til deres konkrete kontekst (Angelöw et al., 2018). Center for Udsatte Flygtninges erfaring er ligeledes, at det vil kunne gøre en stor forskel, hvis man som underviser i TBT kunne følge op med supervision. Ved hele tiden at have det "blik" inde i sagerne ville de kontinuerligt kunne træne personalet i at arbejde traumebevidst, i modsætning til at TBT bliver afholdt som et fyraftensmøde, hvor deltagerne 2 måneder senere måske har glemt en stor del af det lærte. Ud over løbende supervision fremhæver eksperterne desuden nødvendigheden af at inddrage af eksterne konsulenter med særlig ekspertise i relation til fx behandling eller kulturforståelse. Til eksempel nævner Løkkegaard behovet for, at plejeforældre får kontinuerlig supervision i at håndtere de reaktioner, som vil komme, hvis barnet er traumatiseret, uanset om barnet går i terapi eller ej.

3.4.3 Organisatoriske og etiske betragtninger

Ifølge Løkkegaard viser erfaringer fra implementeringsprojekter, at så snart der skal mere kontinuerlig træning og supervision til, så bliver det sværere at

opretholde på grund af ressourceforbruget, hvorfor der må være tydelige retningslinjer for, hvad man skal gøre. I forlængelse af dette foreslår Løkkegaard, at man kunne indføre certificering i TBT, som ville kræve, at man som organisation er kontinuerligt med i nogle programmer over en årrække, og derved, drevet af en faglig stolthed, kunne sikre at oplæringen blev vedligeholdt.

Som organisation må man ifølge TIOA-redskabet desuden have procedurer og praksisser, der er med til at udvikle og vedligeholde en kultur og et arbejdsmiljø, som sikrer medarbejdernes trivsel og fysiske sikkerhed, herunder understøtter medarbejdernes resiliens, deres oplevelse af mening med deres arbejde og en følelse af håb. Desuden fremhæver alle eksperter nødvendigheden af, at den traumebevidste tilgang er ledelsesmæssigt forankret og prioriteret, og at man sørger for, at der er medarbejdere, som særligt har til opgave at fremme traumebevidstheden i de forskellige praksisser, ydelser eller indsatser. Derudover må man som organisation sørge for at indhente løbende feedback fra medarbejderne i forhold til deres behov for træning, supervision, arbejdsmiljø og handle på de svar, man får. Som beskrevet oven for er medarbejdernes stressniveau og evne til egenregulering af stor betydning for, i hvilket omfang de er i stand til at møde traumatiserede børn og unge på en hensigtsmæssig måde. Som organisation må man derfor sikre de bedst mulige rammer for, at medarbejderne trives, og sekundær traumatisering aktivt forebygges. Sidstnævnte udfoldes yderligere under kerneelementet *Sekundær traumatisering* 3.8.

3.4.4 Forslag til yderligere viden

For læseren, der er interesseret i at dykke mere ned i dette kerneelement, viser listen neden for en række kilder til mere viden, en kort præsentation af kilden og en reference til, hvem der har anbefalet kilden eller arbejdet med den.

Model/program	Kort om	Anbefalet af/tilhørende
<i>Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents, How to foster resilience through attachment, self-regulation and competency</i> af Margaret E. Blaustein og Kristine M. Kinniburgh(2010)	Bogen præsenterer metoder og forholdsregler som kan overføres til det pædagogiske område med traumatiserede børn.	VISO-specialisten
Bruce Perrys neurosekventielle model. www.neurosequential.com Der findes bl.a. en model målrettet omsorgspersoner (forældre, plejeforældre og pædagogisk personale) og en model målrettet uddannelsesområdet.	Den neurosekventielle model er ikke en decideret terapeutisk teknik eller intervention, men en tilgang, der på baggrund af centrale principper fra neuroudvikling og traumatologi informerer arbejdet med børn og familier, og de samfund, de lever i. Modellen giver ifølge Center for Udsatte Flygtninge en grundlæggende	Center for Udsatte Flygtninge (De har gode erfaringer med, at det giver en fælles forståelsesramme og et fælles sprog blandt personalet, som har gjort det lettere at få iværksat aktiviteter og handlinger i den enkelte kontekst. Alle involverede arbejder i samme retning ud fra en fælles

Model/program	Kort om	Anbefalet af/tilhørende
	forståelse af koblingen mellem det udviklingspsykologiske og det neurobiologiske. En forståelse af hjernen, nervesystemet, og hvad der sker, når man bliver ramt af traumer tidligt i barndommen. Hvilke strukturerede aktiviteter, man kan lave med børn og familier, som kan gå ind og regulere et overbelastet nervesystem. Den kan anvendes af forskellige faggrupper, og ikke kun er forbeholdt psykologer og psykiatere.	forståelse af familiens udfordringer og problematikker.) RVTS – det er en af de tilgange, de trækker på i deres tilgang til TBT.
Howard Bath og Diane Boswells program: The Three Pillars of Transforming Care™ Three Pillars – Trauma Training – Transforming Care – Howard Bath – Tact Training Courses Se desuden: (Bath, 2008, 2015) Samt Red Barnets (Sverige) oversættelser af programmet til en svensk kontekst (Angelöw et al., 2018)	Modellen er hovedsageligt målrettet frontpersonale inden for omsorgs- eller uddannelsesområdet. Den er baseret på forskning, aktuelle kliniske perspektiver og mange års direkte erfaring med børn og unge, som har komplekse behov og udfordrende adfærd. Styrken ved hans model er ifølge Red Barnet, at den er meget pædagogisk og praktisk anvendelig.	Red Barnet, Sverige RVTS
HandleKraft HandleKraft (handle-kraft.no) Traumesensitivt barnevern Digital programside og verktøykasse skal styrke traume-arbeidet – RVTS Øst (rvtsost.no) Se desuden (Bræin et al., 2017)	RVTS har som hovedopgave at bygge bro mellem teori og praksis og klæde de forskellige faggrupper, som til dagligt arbejder med traumatiserede børn og unge, på. Til dette formål har de udviklet kompetenceprogrammerne: Handlekraft og Traumesensitivt barnevern. Begge programmer hviler på moderne traumeforståelse, udviklingspsykologi, tilknytningspsykologi og neurobiologi – herunder elementer fra Baths traumeinformerede tilgang. De forskellige øvelser og teknikker, som programmerne indeholder, er særligt valgt ud fra, at de skulle kunne varetages af ikke-terapeuter og passe ind i en omsorgskontekst.	RVTS, Østmoe
TraumeBevisst Omsorg for Fosterforeldre (TBO-F) TraumeBevisst Omsorg for Fosterforeldre (TBO-F)	RVTS' program: TBO-F er otte kursusdage med efterfølgende gruppevejledning for plejeforældre. Det bygger på en kursusrække, som blev udarbejdet af National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) i USA, men efterfølgende videreudviklet og tilpasset en norsk kontekst. Målet med TBO-F er at give plejeforældre tryghed og forståelse til at kunne møde plejebarnet på den bedst mulige måde.	RVTS og Red Barnet SE, som også har oversat og bruger programmet i Sverige.
CACTUS – Child and Adolescent Complex TraUma Society (cactusnettverk.no)	Den norske ekspertgruppes hjemmeside	Østmoe

Model/program	Kort om	Anbefalet af/tilhørende
NCTSN The National Child Traumatic Stress Network (nctsn.org)	Den amerikanske ekspertgruppes hjemmeside	Løkkegaard
Wave Trust v. George Hoskin WAVE Trust (Walsh, 2018)	Britisk NGO, som tilbyder forskellige TBT-programmer til organisationer, også inden for børne- og uddannelsesområdet.	Jonathon Passmore peger på Wave Trust som en relevant organisation, der er langt i forhold til at udbrede TBT, og som publicerer deres erfaringer.

3.5 Resiliens og beskyttende faktorer

Traumebevidste organisationer har til opgave at styrke barnets resiliens og understøtte beskyttende faktorer som led i det sociale arbejde med udsatte børn og unge. Gennem praksisser på alle niveauer (fra den konkrete interaktion med barnet, forskellige indsatser og tilbud og overordnede strukturelle forhold) må man bidrage til at styrke børn og familiers såvel som medarbejderes evne til eller mulighed for at komme sig efter traumer.

3.5.1 Baggrund for kerneelementet

Ifølge TIOA-redskabet, er det at styrke resiliens og beskyttende faktorer en essentiel del af traumebevidste organisationers arbejde, da oplevelsen af samhørighed både med andre og ens lokalsamfund samt det at have en god selvforståelse er nøgleelementer for at kunne hele og komme sig efter at have oplevet traume. Som nævnt under kerneelementet *Videns- og kompetenceopbygning 3.4*, er det ikke kun en opgave for psykologer eller andre behandlere, men elementer, der kan fremmes gennem forskellige praksisser, der kan udøves af frontpersonale omkring udsatte børn og unge. Det er et generelt fund i Dansk Flygtningehjælps forskningsregistrant, at psykosociale indsatser styrker flygtningebørns resiliens. Forskningen viser kun i begrænset omfang en effekt af psykosociale indsatser i forhold til symptomreduktion, men forfatterne understreger i den forbindelse, at det stemmer overens med, at målet for de psykosociale indsatser ikke er symptomreduktion, men netop den meget bredere kategori for styrkelse af resiliens. De advarer derfor mod, at man bruger mål som symptomreduktion i forhold til at vurdere, om en psykosocial intervention har effekt. De finder, at psykosociale interventioner i høj grad ses at have effekt i forhold til de problemer, børn og unge beskriver i deres hverdagsliv med traumer (Dansk Flygtningehjælp, 2011).

Manglende tillid til både sig selv og omverdenen er som tidligere nævnt en konsekvens af komplekse traumer og omsorgssvigt og har stor betydning for

barnets muligheder for at opbygge og indgå relationer (Davies & Allen, 2017; Montgomery, 2017). Som led i at hjælpe børn med at komme sig efter traumer er det afgørende at støtte børnene til at udvikle eller genopbygge denne tillid, da sociale relationer er den mest betydningsfulde beskyttende faktor i forhold til at kunne håndtere modgang og stress, da interaktionen med andre er vores primære kilde til at regulere vores følelser og stressniveau (Steinkopf et al., 2021). Den manglende tillid kan ligeledes være en barriere i forhold til at opsøge behandling, hvorfor interventioner, som søger at styrke barnets relationer og basale tillid til omverdenen, kan være et vigtigt første skridt i forhold til at kunne indgå i og være åben over for behandling, hvilket studiet i det finske anbringelseshjem for unge uledsagede flygtninge er et eksempel på (Garoff et al., 2019).

3.5.2 Praksisbeskrivelse

Traumebevidste organisationers mål ifølge eksperterne opbygge og styrke resiliens og beskyttende faktorer, gennem praksisser, der fokuserer på både interne faktorer, det vil sige faktorer, som relaterer sig til indre forhold i barnet, og eksterne faktorer, som omhandler forhold i barnets kontekst.

Interne faktorer

For at opbygge eller understøtte interne beskyttende faktorer må organisationer ifølge TIOA-redskabet have praksisser, som øger barnets sociale og emotionelle kompetencer. Det inkluderer praksisser, som øger barnets evner til at opbygge og indgå i relationer samt evner til problemløsning, og som styrker barnets selvopfattelse og positive tanke- og følelsesmønstre. Følgende eksempler på sådanne praksisser stammer dels fra eksperternes beskrivelser af, hvordan man kan understøtte resiliens og interne beskyttende faktorer hos barnet, samt et udvalg af konkrete interventioner og praksisser, som vi har identificeret i litteraturstudiet.

Praksisser, der øger mentaliseringsevnen og støtter affektregulering. Som nævnt under forgående kerneelement kan man som frontpersonale gennem hverdagsinteraktioner styrke og opbygge barnets evne til at indgå i relationer, hvilket indbefatter at hjælpe barnet til at styrke sin mentaliserings- og affektreguleringsevne. NUSSA-programmet kan nævnes som et konkret eksempel på en intervention i en skolekontekst, som netop har til formål at øge børnenes relationelle ressourcer og selvindsigt gennem mentaliserende samspil med det trænedede personale i et afgrænset gruppeforløb, hvor man ligeledes støtter affektreguleringen gennem implicit og eksplicit at arbejde med emotioner. Evalueringen af projektet fandt det sandsynligt, at man på bare to måneder opnåede en betragtelig forbedring af børnenes affektregulering og sociale relationer (Møldrup-Lakjer, 2014).

Praksisser, der understøtter, at barnet ikke føler sig alene. Det er ifølge eksperterne vigtigt, at man hjælper barnet til ikke at føle sig alene med sine oplevelser, eksempelvis ved at psykoeducere barnet om traumer, så det hjælpes til at forstå, hvorfor det er normalt, at det reagerer, som det gør (Galvin et al., 2020). Psykoedukation er eksempelvis en del af gruppeinterventionen for uledsagede unge flygtninge i den finske anbringelsesinstitution, hvor de parallelt med stabiliserings- og afspændingsøvelser blev støttet i at kunne dele deres tanker og følelser omkring forskellige temaer med både de andre unge og de ansatte (Garoff et al., 2019). Dansk Flygtningehjælps forskningsregistrant finder ligeledes, at interventioner, som indebærer, at man får sat ord på svære følelser og tanker, er særligt givtigt, når det er gennem samtale med andre, og der samtidig er fokus på ressourcer og fremtidsudsigter (Dansk Flygtningehjælp, 2011). Det er en praksis, man har fokus på i Børnehus Syd, og som man yderligere understøtter ved, at alle børn, som kommer i Børnehuset, kan hænge en seddel på en stige, hvorpå de formidler noget til de andre børn, såsom en hilsen eller et godt råd. Det giver børnene en helt konkret visualisering af, at de er mange i samme situation, og det er en enkel måde at understøtte en følelse af samhørighed på, selv uden at møde de andre børn. Igen vil praksissen afhænge af konteksten. Som beskrevet under Videns- og kompetenceopbygning 3.4 betyder normaliseringen fx ikke, at man som pædagog eller lærer skal sætte sig ned og psykoeducere et barn om traumer, men man vil godt kunne hjælpe barnet til at forstå, hvorfor det reagerer, som det gør, når det udspiller sig i den konkrete situation, uden at gå i detaljer omkring traumet.

Praksisser, der genskaber barnets følelse af mestring og kontrol. VISO-specialisten fremhæver særligt betydningen af, at frontpersonalet hjælper børnene til at genskabe en følelse af mestring og kontrol, da traumatisering er forbundet med en oplevelse af hjælpeløshed. Det kan eksempelvis være, at børnene lærer at kunne bruge deres krop kontrolleret og føle frihed til at gøre den bevægelse, der ville have bragt dem i sikkerhed, hvis det havde været muligt under traumehændelsen – såsom at kunne løbe væk eller skubbe fra sig. Han påpeger, at kroppen ofte opleves som kilde til angst og uro, hvorfor afspænding ikke altid er første skridt for traumatiserede børn, da traumemindet kan være for overvældende. Derimod kan opspænding være et sted at starte, da det kan give en følelse af styrke og kontrol (Van der Kolk, 2014).

Følelsen af kontrol kan ifølge VISO-specialisten også understøttes ved, at man som fagperson hjælper barnet til at få kontrol over traumetriggere. Her må man først samarbejde med barnet og evt. forældrene om at finde ud af, hvad det er, barnet reagerer på. Hvis man opdager, at lille Ole sidder og bliver fjern eller pludselig begynder at råbe ad Pia, så kan man gå ned og spørge, om han lægger mærke til, hvad der sker. Måske han kan skrive det ned eller tegne det, når det sker. Samarbejdet med barnet om at finde ud af, hvad der sker, er ifølge VISO-specialisten i sig selv terapeutisk og noget, som mange lærere gør

i forvejen. Det er tryghedsskabende for barnet, når man anerkender dets følelse som nuværende, mens årsagen (traumet) til, at barnet trigges, placeres i fortiden og andetsteds. Når man har registreret traumetriggeren, kan man prøve at understøtte følelsen af kontrol ved at forholde sig praktisk til det. Hvis det eksempelvis er en dør, der smækker, så kan man lade barnet være den, der får døren til at smække nogle gange. Eller man kan inddrage barnet i, hvad det kan gøre: "Skal vi prøve at sætte noget filt i døren eller finde et par ørepropper?" Nogle gange kan små ting gøre en forskel. Det er således lidt overraskende, at Bargeman et al. (2021) kun finder to ud af 49 studier, som undersøger barnets perspektiv, herunder om børn og unge har en følelse af tryghed og sikkerhed i indsatsen (fx en oplevelse af tryghed med deres omsorgsgiver eller behandler, i skolen eller et kommunalt tilbud).

Eksterne faktorer

Ifølge TIOA-redskabet er det desuden vigtigt at have fokus på beskyttende faktorer i barnets kontekst, der kan understøtte barnets og familiens bedringsproces. Det er en bred kategori, som dækker alt fra konkrete fysiske forhold til barnets relationer til både nærmiljø og lokalsamfund. Følgende er praksisser, vi har fundet eksempler på gennem litteraturstudiet samt eksperternes beskrivelser af hvilke praksisser der vil kunne understøtte eller opbygge betydningsfulde eksterne beskyttende faktorer.

Sikre basale behov og trygge rammer

Ekspertene nævner nødvendigheden af, at man som organisation er opmærksom på at sikre, at barnet får sine basale behov dækket og ikke lever med aktuelle belastninger, der må tages hånd om. Det kan handle om at hjælpe familien med at skaffe nok mad eller betale for transportmuligheder, hvilket er en problematik, som er særligt udbredt i den amerikanske kontekst, men som heller ikke er uvæsentlig i en dansk kontekst, hvor flere og flere familier lever under fattigdomsgrænsen.¹⁶ Derudover kan det også involvere, at man som organisation har praksisser for, hvordan man identificerer barnets behov for fysisk sikkerhed, eksempelvis i forhold til samvær med psykisk syge forældre eller voldelige søskende eller som tidligere nævnt i forbindelse med, at barnet skal kunne fortælle om overgreb i regi af Børnehuse uden at frygte for sin sikkerhed, eller lignende. Desuden må man arbejde for at forebygge, at barnet udsætter sig selv for risici.

Derudover nævner eksperterne, at organisationens praksisser må være præget af rutiner, som giver tryghed og forudsigelighed. VISO-specialisten gør her opmærksom på, at det ikke er rutinen eller strukturen i sig selv, som skaber tryghed, da det "forudsigelige" også kan være noget utrygt. Det afgørende er

¹⁶ <https://www.ae.dk/analyse/2018-12-i-nogle-kommuner-er-hvert-10-barn-under-fattigdomsgraensen>

derimod, at barnet ved, at der ikke kommer til at ske noget, det er bange for. Rutinerne må derfor være traumebevidste i den forstand, at de tager højde for, hvad der skaber tryghed for det enkelte barn.

Understøtte barnets relationer

Ekspertene fremhæver her praksisser, som kan være med til at opbygge eller styrke barnets relation til sit nære miljø. Det kan indbefatte, at man i forbindelse med udredningen af barnet inddrager forældre eller plejeforældre, pædagoger eller sagsbehandlere for atpsykoeducere dem omkring traumer og traumereaktioner. I Børnehus Syd nævner de vigtigheden af denne praksis i forhold til, at forældre eller plejeforældre ofte selv vil være i krise og har brug for støtte til at kunne forstå barnets adfærd, så de kan møde den rigtigt. Det kan eksempelvis ved at få nogle forklaringer på, hvad det betyder, at barnet lukker sig inde i sig selv, og hvordan man kan møde det på en anden måde end ved at korrigere adfærden. Aline-modellen har ligeledes fokus på, at det kan virke uforståeligt og belastende for barnets omsorgspersoner ikke at kunne forstå eksempelvis barnets angst som udtryk for, at kroppen husker og reagerer, selvom barnet ikke selv kan huske noget. Derfor må både børn og omsorgspersoner ifølge modellen tilbydes reguleringsstøtte, relations- og refleksionshjælp (Furuholmen & Sjøvold, 2017). Praksisser, som har til formål at styrke forholdet mellem omsorgspersonerne og barnet, vil derfor omfatte alle interventioner, der har til formål at understøtte eller opbygge forældreevner

Litteraturstudiet inkluderer to reviews, som ser på, hvordan organisationer kan håndtere tidligere traumer hos forældre. Mere specifikt ser disse studier på traumefokuserede interventioner til kommende og nybagte mødre, som har været udsat for omsorgssvigt eller seksuelle overgreb som børn (Chamberlain et al., 2019; Stephenson et al., 2018). Disse mødre er i øget risiko for at få en traumereaktion (fx depression, stress, angst eller hjælpeløshed) i forbindelse med fødslen og derfor ses en øget risiko for at traumerne påvirker næste generation (som led i fænomenet *tværgenerationel traumevandring* som beskrives under kerneelementet *Forældres og omsorgspersoners traumer* 3.6). For at undgå disse reaktioner tilbydes mødre eksempelvis praktisk hjælp (fx madlavning, transport, børnepasning) og/eller muligheden for at opbygge en tillidsfuld relation til en terapeut eller en mødregruppe. Overordnet er de inkluderede studier små og mangler en kontrolgruppe, hvilket øger usikkerheden i resultaterne. Men generelt rapporterer mødre en høj tilfredshed med interventionen og signifikante forbedringer spædbarnets tilknytning. Specifikt konkluderer studierne, at tidspunktet omkring fødslen er en unik mulighed for at kunne tilbyde mødre, som selv har oplevet traumer, en længerevarende traumebevidst indsats, hvor moderen også er motiveret til forandring.

I TIOA-redskabet beskrives desuden praksisser, som understøtter barnets relationer til andre voksne og søskende, kontakt til både skole- og lokalsamfundsaktiviteter, positive relationer til andre peers/"ligesindede" samt kulturelle og/eller spirituelle tilhørsforhold. Skolen fremhæves i Dansk Flygtningehjælps forskningsregistrant ligeledes som en nøgleinstitution i forhold til at kunne tilbyde flygtningebørn og deres familier psykologiske interventioner, eftersom man kan udnytte den tættere tilknytning til børn og forældre, som en skolelærer har, frem for at skulle henvise til sundhedsvæsenet. Derudover ser man, at skolebaserede interventioner understøtter børnenes sociale relationer i en central arena i deres liv, hvilket har stor betydning for deres mentale trivsel. Forskningsregistranten refererer litteratur om skoleinterventioner, som indbefatter tilknytning af eksterne terapeuter, velkomstprogrammer og undervisning (Dansk Flygtningehjælp, 2011).

3.6 Forældres og omsorgspersoners traumer

Kerneelementet refererer til, at det er en essentiel del af en traumebevidst tilgang over for børn og unge, at organisationer eller kommuner også må identificere og møde forældres eller omsorgspersoners (herefter bare "omsorgspersoners") eventuelle egne traumerelaterede problematikker og behov og kunne tilrettelægge indsatsen derefter.

3.6.1 Baggrund for kerneelementet

Der er bred enighed blandt eksperterne om, at det i relation til børn og unge ikke kun handler om, hvorvidt de selv har været udsat for traumer, men at man også må undersøge, om omsorgspersonerne er traumatiserede, da det i høj grad påvirker børnene. Østmoe peger eksempelvis på forskning, der viser, at traumer kan nedarves fra generation til generation, og at social og økonomisk ulighed går hånd i hånd med forekomsten af vold og omsorgssvigt, og argumenterer som Bunting et al. (2019) for, at det nødvendigvis må høre med til at arbejde traumebevidst med børn og unge, at man forholder sig til omsorgspersoners traumer. Her henvises til viden om *tværgenerationel traumevandring*, som er et begreb for det fænomen, at omsorgspersonernes tidligere traumer (før barnet er født) kan videregives og formidles til børn gennem omsorgspersoners traumereaktioner, genetiske dispositioner, samt hvordan traumerne påvirker omsorgspersonernes evne til at være aktivt nærværende og opmærksomme i forhold til barnets behov (Braarud & Nordanger, 2011; Dalgaard, 2016; Montgomery, 2017). I de tilfælde, hvor spæd- og småbørn har været udsat for rusmidler eller stress i fostertilstanden, ser man en særlig risiko, da disse børn typisk vil være sværere at regulere end andre nyfødte, og forældrene samtidig ofte vil have egne udfordringer, der gør dem sårbare som omsorgspersoner.

Risikoen for vold og andre former for omsorgssvigt øges under sådanne forhold, hvis ikke man forholder sig til den samlede problematik (Furuholmen & Sjøvold, 2017). Nødvendigheden af at forholde sig til omsorgspersoners traumer nævnes også i litteraturstudiet af mødre, som har oplevet seksuelle overgreb som børn (Chamberlain et al., 2019; Stephenson et al., 2018). Med henvisning til ACE-studierne understreger Østmoe, at det ikke kun har betydning for praksis omkring den enkelte familie, men også indebærer, at man på et samfundsmæssigt plan må arbejde for at forebygge ulighed og fremme resiliens i et bredt perspektiv. At arbejde med forældre og omsorgspersoners traumer kan dermed ses som en essentiel del af TBT i relation til et forebyggende aspekt, samtidig med at det selvfølgelig hører med til en traumebevidst praksis, at også voksne har ret til at få hjælp til at komme sig efter at have været udsat for traumer.

3.6.2 Praksisbeskrivelse

I organisationers konkrete praksis betyder det ifølge TIOA-redskabet, at man må sørge for at psykoeducere omsorgspersoner om, hvordan traumer kan påvirke forældreevnen, og rutinemæssigt spørge ind til omsorgspersoners traumehistorik. Hvis de har været udsat for traumer, må man desuden sikre sig, at de bliver udredt for traumerelaterede problemstillinger, og tilbydes relevant traumefokuseret behandling alt efter behovet. En traumebevidst tilgang til at arbejde med børn og unge kræver altså, at man forholder sig til familiens samlede behov, når man planlægger interventioner for børn såvel som for omsorgspersoner. Derudover må man som organisation være opmærksom på, hvordan det i sig selv kan være traumatiserende eller re-traumatiserende for omsorgspersonerne at være i "systemet" (Halladay Goldman, J., Purbeck Trunzo, C., and Agosti, 2019). Lang bemærker, at det i høj grad vil variere fra profession til profession, hvad kerneelementet har af betydning for frontpersonalets daglige praksis. Som terapeut eller sagsbehandler er traumer blandt omsorgsgivere åbenlyst noget, de må have viden om og gå ind i, mens han ikke ser for sig, at man skal bede en lærer eller en ansat i kriminalforsorgen om at dykke ned i familiens traumehistorie (eller historiske traumer, som går tilbage i generationer) og forsøge at forstå deres rolle i relation til den del.

3.7 Tværgående samarbejde

Kerneelementet handler om, at man som organisation eller kommune må forholde sig til, at børn og familier, der har oplevet traumer, ofte hører under eller er i kontakt med mange forskellige systemer eller sektorer (fx uddannelsessystemet, sundhedsvæsenet, socialområdet og retsvæsenet), og at samarbejde og koordination mellem disse er afgørende for en traumebevidst praksis.

3.7.1 Baggrund for kerneelementet

Lang fremhæver det tværgående samarbejde som et af de vigtigste områder for TBT, da han ser, at netop manglen på koordinering er en del af problemet, der må løses, hvis man skal blive bedre til adressere traumer hos børn og unge. Betydningen af det tværgående samarbejde understreges ligeledes på tværs af de øvrige ekspertinterview, og analysen viser, at det overordnet begrundes med tre forskellige forhold:

Det første handler om, at viden ikke må gå tabt. VISO-specialisten fremhæver, at vidensdeling på tværs af systemer er afgørende for at sikre, at den viden, man har opbygget omkring et barns traumeproblematik, følger med barnet, således at det kan støttes bedst muligt i alle kontekster. Han nævner eksempelvis, at der i forbindelse med ophold på et krisecenter ofte sker et skoleskift for barnet, og det er hans erfaring, at de nye skolelærere ikke får besked om situationen, hvilket vanskeliggør deres opgave med at kunne forstå barnets, ofte kraftige, reaktioner og støtte barnet på en hensigtsmæssig måde i en svær tid. Børnehus Syd fremhæver det ligeledes som et vigtigt element af deres arbejde, at de sikrer den indledningsvise vidensdeling mellem de forskellige sektorer, som barnet er tilknyttet, da det kan være en belastning for barnet selv at skulle fortælle om sine traumeoplevelser i mange forskellige kontekster. Dermed må det tværgående samarbejde sikre en vidensdeling, der gør, at barnet mødes hensigtsmæssigt af frontpersonale på tværs af systemer, uden at barnet nødvendigvis selv må fortælle sin traumehistorie.

En anden grund er, at man gennem et samarbejde på tværs af systemer kan sikre, at der bliver taget hånd om alle de forskelligartede problematikker, som traumer kan medføre. Som det fremgår af de øvrige kerneelementer, vil børn, der er traumatiserede, ofte have vanskeligheder på en række områder af deres liv og derfor have brug for forskellige tværfaglige indsatser, ligesom det kan være tilfældet for deres omsorgspersoner. Lang understreger i den forbindelse, at organisationer må forholde sig til, hvad de kan og ikke kan tilbyde af støtte i forhold til traumeproblematikken, og derudfra etablere et samarbejde og koordinering med andre relevante organisationer. Eksempelvis skal ikke alle organisationer selv kunne tilbyde traumebehandling eller hjælp til at finde bolig. Derfor er det tværgående samarbejde afgørende for at sikre, at alle barnets og familiens behov bliver mødt med den nødvendige tværfaglige eller tværsektorielle ekspertise.

Den tredje begrundelse for nødvendigheden af det tværgående samarbejde ligger naturligt i forlængelse af det forgående: De mange relevante indsatser og aktører omkring barnet og familien må naturligvis koordineres. Som tidligere nævnt er det et vigtigt element i en traumebevidst praksis, at man sørger for, at

alle voksne, omsorgspersoner såvel som medarbejdere, har en fælles forståelse af barnets adfærd og traumeproblematik i det hele taget. Den fælles forståelse understøtter, at alle voksne kan møde barnet på en hensigtsmæssigt måde, og sikrer samtidig, at de forskellige interventioner, der sættes i værk, bygger på denne fælles forståelse af barnets vanskeligheder. Løkkegaard beskriver, hvordan det eksempelvis kan understøtte følelsen af sammenhæng for familien, at psykologen, som udfører traumebehandlingen, taler samme sprog som rådgiverne i familiehuset og dermed kan have et fælles udgangspunkt for psykoedukationen af forældrene. Formålet med en koordinering på tværs af indsatser og sektorer er overordnet at sikre, at indsatserne kan understøtte hinanden og times hensigtsmæssigt i forhold til at undgå, at familierne overbelastes ressourcemæssigt (det kan være i forhold til tiden, man skal finde til undersøgelser eller behandlingsaftaler i en travl hverdag, eller i forhold til den belastning, det er eksempelvis som enlig forælder at skulle i individuel traumebehandling parallelt med familiebehandling relateret til barnets traumeproblematik).

3.7.2 Praksisbeskrivelse

Selvom det tværgående samarbejde også af de skandinaviske eksperter fremhæves som betydningsfuldt, bliver det i interviewene kun i relativt begrænset omfang konkretiseret med eksempler fra praksis. Tre reviews fra litteratursøgningen (Berger, 2019; Eruyar et al., 2018; Thomann et al., 2020) nævner studier på skole-, flygtninge- og kriminalitetsområdet, som finder lovende resultater af tværsektorelle interventioner, men de beskriver ikke nærmere, hvordan samarbejdet fungerer i praksis. Da det som tidligere nævnt heller ikke uddybes i CACTUS-eksperternes TANDEM, vil praksisbeskrivelsen her hovedsageligt bygge på NCCTS-eksperternes operationalisering af kerneelementet (Goldman et al., 2019). Det tværgående samarbejde indbefatter i deres TIOA-værktøj to overordnede praksisser, som involverer 1) integration, koordination og stabilitet i behandlingen af unge og familier på tværs af systemerne, og 2) etablering og vedligeholdelse af partnerskaber og samarbejdsaftaler med andre instanser eller organisationer, også på tværs af sektorer, på både medarbejder- ledelses- og administrationsniveau. I afsnittet her vil vi kort beskrive eksempler på den første type af praksisser, der relaterer sig til samarbejdet omkring det enkelte barn/familie, mens det efterfølgende afsnit om de organisatoriske betragtninger vil omhandle, hvilke overordnede forhold der må være til stede for at understøtte begge former for tværgående samarbejde.

Ifølge TIOA-redskabet må det tværgående samarbejde for det første være en integreret del af praksissen omkring udredning og planlægning af interventioner for barnet såvel som for familien. Som beskrevet under *Udredning 3.3* indebærer det, at man opsøger og inddrager viden fra forskellige områder af barnets

og familiens liv og sørger for at konsultere relevante eksperter (interne som eksterne) i tværfaglige drøftelser af, hvordan man kan støtte eller behandle børn og familier. Derudfra må man tilrettelægge indsatser eller behandling på tværs af institutioner og sektorer. Som det fremgår af kerneelement *Videns- og kompetenceopbygning 3.4*, er det eksempelvis væsentligt for pædagoger, lærere eller andre faggrupper, som har deres daglige gang omkring børnene, at kende til, hvilken type traumatisering der er tale om, for kunne tilpasse deres pædagogiske praksis derefter.

For det andet må det tværgående samarbejde indebære praksisser, hvor indsatser for barnet eller familien *løbende* koordineres og justeres gennem regelmæssige netværksmøder med de relevante aktører fra andre institutioner eller sektorer, der også arbejder med barnet og familien, eller andre kommunikationsformer, der understøtter koordineringen.

3.7.3 Organisatoriske betragtninger

Det tværgående samarbejde er betinget af organisatoriske forhold, som i TIOA-redskabet beskrives i forhold til tre overordnede områder – partnerskaber, ressourcer og overordnede politikker og procedurer – hvilket vil blive uddybet i det følgende.

Partnerskaberne er, som nævnt ovenfor, relevante mellem medarbejdere på alle niveauer af organisationerne. Som middel til at etablere disse forslår eksperterne, at der afholdes jævnlige møder på ledelsesniveau, ligesom alle medarbejdere fra forskellige instanser og sektorer deltager i en fælles uddannelse/træningsprogram. Formålet er at fremme et fælles sprog og en fælles forståelse af rollefordelinger i relation til traumeproblematikker, hvilket også skandinaviske eksperter fremhæver som en afgørende forudsætning for samarbejdet omkring barnet.

Derudover forudsætter det tværgående samarbejde, at organisationerne sørger for, at der allokeres de nødvendige ressourcer. Der må eksempelvis være ressourcer til, at barnets pædagog kan tage timer ud til at deltage i netværksmøder i forbindelse med traumebehandlingen. Det beskrives af flere af eksperterne også som et nødvendigt opmærksomhedspunkt i en dansk kontekst, hvor eksempelvis Børnehus Syd henviser til, at større netværksmøder, der kan inkludere lærere og pædagoger, ikke kan være en fast del af deres praksis, da de er for ressourcekrævende. Børnehus Syd afholder derfor som hovedregel ikke netværksmøder, som rækker ud over de nærmeste omsorgspersoner.

Det tværgående samarbejde må ifølge TIOA-redskabet desuden afspejle sig i organisationens overordnede politikker og procedurer, hvilket eksempelvis involverer

kommunikative praksisser og redskaber, som fremmer vidensdeling og kan understøtte koordination på tværs af systemer. Børnehusenes kan nævnes som et eksempel fra en dansk kontekst, hvor det er organisationens overordnede organisering, som danner grundlag for en praksis for tværgående samarbejde. Ved at de forskellige fagpersoner (socialrådgivere, politi, psykologer mv.) skal komme til barnet og ikke omvendt, sikrer man ifølge Børnehus Syd et koordineret samarbejde. Eksempelvis betyder proceduren, at medarbejderne observerer politiets afhøringer af barnet, så belastningen for barnet reduceres i forhold til at skulle fortælle om sine oplevelser igen og igen. I relation til Børnehusenes opgave i forbindelse med en større børnefaglig undersøgelse beskriver Børnehus Syd, at der ligeledes er klare procedurer og en klar rollefordeling, hvor Børnehuset deler sin viden med kommunen, mens det er sagsbehandleren, som samler informationerne, der har til opgave at formidle denne viden videre til de relevante aktører.

Samtidig peger danske eksperter også på områder, hvor der savnes overordnede organisatoriske og samfundsmæssige retningslinjer og procedurer, som kan understøtte det tværgående samarbejde. Som nævnt i screeningsafsnittet peger Løkkegaard på behovet for retningslinjer i forhold til screenings-, udrednings- og behandlingsfasen, herunder let tilgængelig information om certificerede traumebehandlere, der findes i lokalområdet. Ligeledes i relation til procedurer for kommunikation og vidensdeling efterlyser VISO-specialisten en overordnet praksis, der sikrer, at informationer automatisk følger med barnet, når det skifter skole eller skifter fra børnehave til skole.

3.8 Sekundær traumatisering

Elementet handler om nødvendigheden af, at man som organisation eller kommune forholder sig til den store følelsesmæssige belastning, der er forbundet med arbejdet med traumatiserede børn, unge og familier. Som led i en traumebevidst tilgang må man aktivt forebygge risikoen for, at medarbejderne oplever sekundær traumatisering¹⁷, samt sikre medarbejderne den nødvendige støtte eller behandling, som de måtte have behov for.

3.8.1 Baggrund for kerneelementet

Det er et udbredt problem at professionelle, der arbejder med en traumatiseret målgruppe, er i stor risiko for at blive udbrændte eller sekundært traumatiserede (Steinkopf et al., 2021). Sekundær traumatisering er, ifølge Lang, en problematik, der hele tiden har været der, men som er blevet særligt synlig

¹⁷Sekundær traumatisering blandt ansatte refererer til den følelsesmæssige reaktion, et individ kan have, når vedkommende hører en anden persons førstehåndsberetning om traumatiske oplevelser.

under coronapandemien, hvor mange ansatte har været udbrændte og overbelastede. Han anser det for at være en vigtig del af en TBT, at man som organisation forholder sig til, hvordan arbejdet med traumatiserede børn og unge påvirker de ansatte. Det er i sig selv psykisk belastende at lytte til førstehåndsberetninger om traumehistorier, og dertil kan der, afhængigt af jobfunktion, være en række yderligere belastninger forbundet med at arbejde med traumatiserede børn, unge og familier, som øger risikoen for sekundær traumatisering hos medarbejderne, eksempelvis lange vagter, risikofyldt arbejdsmiljø (højere forekomst af fysisk og psykisk vold), dårlig løn og mangel på lydhørhed fra ledelsen (Steinkopf et al., 2021).

Sekundær traumatisering kan medføre nedsat livskvalitet hos den enkelte, og derudover kan det påvirke den enkeltes arbejdsfunktion. Som beskrevet under afsnittet om *Videns og kompetenceopbygning 3.4* stiller det høje krav til frontpersonalets selvregulering at kunne møde svært belastede børn og unge i eksempelvis meget højspændte konflikter. Traumatiserede børn og unge har tendens til at reagere højlydt og med truende adfærd eller andre former for adfærd, som let kan føre til, at deres omsorgspersoner bliver dysregulerede og svarer med kraftige følelsesmæssige udbrud eller hårde reaktioner. Derudover er der fundet sammenhæng mellem nedsat selvregulering og nedsat effekt af interventioner (refereres i Steinkopf et al., 2021). Desuden er sekundær traumatisering forbundet med hyppige udskiftninger af personale, hvilket foruden at have økonomiske omkostninger nedsætter muligheden for at møde udsatte børn og unges behov for at opleve stabile relationer til voksne omkring dem.

I den internationale litteratursøgning fandt vi kun få studier, som har set på traumer blandt medarbejderne eller sekundær traumatisering (Bargeman et al., 2021; Berger, 2019; Bunting et al., 2019; Thomas et al., 2019). Bunting, et al. (2019) fandt fx kun to ud af 17 TBT-initiativer med fokus på sekundær traumatisering; Bargeman et al. (2021) fandt to ud af 49 studier med fokus på, om medarbejderne er blevet overfaldet. Resultatet af studierne om sekundær traumatisering er blandede: Udskiftning af medarbejdere, medarbejdertilfredshed eller medarbejdernes oplevelse af sikkerhed på jobbet er uændret, mens organisationskulturen, arbejdsmiljø og tilfredshed på jobbet forbedres. Det er således svært at afgøre, om TBT reducerer forekomsten af sekundære traumer.

Ifølge Steinkopfs forskning er det desuden nødvendigt at forholde sig til den ekstra belastning, det kan være for frontpersonalet at arbejde ud fra en traumebevidst tilgang, hvor personalets evne til co-regulering i svære situationer er central for, at udvikling og bedring for barnet kan finde sted. I den forbindelse underbygger hans forskning, at det kan være nødvendigt eksplicit at forholde sig til, hvordan medarbejdernes egne ACE-oplevelser, eller øvrige belastende livsbegivenheder, kan blive triggeret i samspillet med traumatiserede børn og unge (Steinkopf et al., 2021). Han peger på risikoen for, at tilgangen

ikke blive fulgt eller helt vil blive forkastet af frontpersonalet, hvis ikke man med indførelsen af TBT samtidig indfører organisatoriske strukturer, der understøtter frontpersonalets udvikling af selv- og co-reguleringssevner og ikke efterlader forebyggelse af emotionel dysregulering (og i sidste ende sekundær traumatisering) til at være et individuelt ansvar. Steinkopfs studier underbygger desuden forskningen, der viser, at social støtte er den mest centrale beskyttende faktor, idet oplevelsen af mangel på opbakning og et trygt kollegialt fællesskab er et centralt tema i frontmedarbejdernes fortællinger om oplevelser med emotionel dysregulering (Steinkopf et al., 2021).

At man i litteraturen finder, at det er det kerneelement, som er mindst implementeret, ser Lang som udtryk for, at det er et område, man ved meget lidt om. Der undervises i, hvad traumer er, og hvordan det påvirker ansatte, men der er ikke meget basis for at kunne pege på strategier eller tiltag, som organisationer kan indføre for at støtte deres ansatte. Med et smil på læben fortæller han eksempelvis, "at der som led i ansattes træning i TBT er to slides om sekundær traumatisering, hvor der står, at de selv skal sørge for at tage pauser, spise sundt, dyrke yoga og få sovet godt. Og det skal man selvfølgelig kunne gøre bedre end at sige til folk, hvad de selv skal sørge for. Vi skal vide mere om, hvad man som organisation kan gøre" (Jason Lang). Steinkopf referer til forskning, der viser, at egenomsorgsstrategier alene ikke har en effekt i forhold til at afhjælpe symptomer på sekundær traumatisering, men at det er nødvendigt at supervisorere og ledere er i stand til at få øje på og håndtere problematikken (Steinkopf et al., 2021).

3.8.2 Praksisbeskrivelse og organisatorisk praksis

I TIOA-redskabet bliver kerneelementet operationaliseret ved, at organisationer bør beskytte medarbejdernes helbred ved at have en politik og praksis, der fremmer og understøtter identificering, adressering, reducere og behandling af sekundær traumatisering, samtidig med at de sikrer alle medarbejderes både fysiske og psykiske sikkerhed og generelle trivsel. Eksempelvis måles der på, om organisationer sikrer de ansatte den nødvendige viden om, hvordan sekundær traumatisering kan påvirke deres arbejdsfunktion, og træning i at håndtere deres egne reaktioner i arbejdet med traumatiserede børn, unge og familier. Derudover måles der på, hvorvidt organisationen sikrer mulighederne for supervision samt faciliteter et stærkt kollegialt fællesskab (Goldman et al., 2019). Center for Udsatte Flygtninge peger ligeledes på organisatoriske procedurer for, hvor og hvordan medarbejderne kan få hjælp og støtte, hvis de oplever at blive belastet af arbejdet, herunder muligheden for supervision. Derudover er det ifølge Center for Udsatte Flygtninge en del af det at forebygge sekundær traumatisering, at der i organisationen er procedurer for, hvad man skal gøre i tilfælde af, at de mennesker, man arbejder med,

har behov for traumerelaterede indsatser, som man ikke selv kan tilbyde. Således er der en tæt sammenhæng mellem at forebygge sekundær traumatisering og så, at organisationen har klare retningslinjer for, hvordan man arbejder traumebevidst.

Børnehus Syd har, i forlængelse af et ph.d.-projekt om emnet (Vang, 2020), været meget optagede af området og løbende arbejdet for at blive bedre til at forebygge sekundær traumatisering. Ud over at de vægter supervisionen højt, er det kollegiale fællesskab ifølge lederen af afgørende betydning. Dette understøttes ved, at de sørger for, at man altid arbejder i teams. "Man skal ikke stå alene i de her sager". Derudover har de tænkt det ind i, hvorledes de strukturerer deres opgaver, således at de ansatte ikke kun kommer til at sidde med svære udredningssamtaler, men får en variation i deres arbejde. Aktuelt har de i forbindelse med hjemmearbejde under coronapandemien fået en opmærksomhed på, at der kan være brug for helt konkret ikke "at tage belastende sager med hjem". De italesætter det allerede i forbindelse med ansættelsesprocesser, hvor de fortæller om arbejdspladsens tilbud til ansatte, og spørger til ansøgernes erfaringer med at passe på sig selv: hvad de eksempelvis har af strategier, når det ikke er en mulighed at dele de belastende historier med sine nære grundet tavshedspligten.

Noget af det, som ifølge lederen særligt har gjort en forskel, er at få det italesat – at få skabt en kultur for at kunne tale højt om, hvordan man drager omsorg for hinanden og for sig selv. Dette stemmer overens med Langs opfattelse af, at problematikken omkring sekundær traumatisering også hænger sammen med en arbejdskultur, hvor det anses for et udtryk for svaghed, hvis man taler med sin nærmeste leder om, at man er traumatiseret eller følelsesmæssigt påvirket. Han beskriver, at det særligt er noget, de ser inden for kriminalforsorgen, men at man også på børne- og ungeområdet samt inden for psykiatrien kan man have modstand mod at skulle opsøge sin nærmeste leder med den type problemstillinger.

Som led i at forebygge sekundær traumatisering må man ifølge TIOA sørge for at inddrage både ansattes og eksterne konsulents input til, hvordan organisationen kan adressere sekundær traumatisering og fremme de ansattes resiliens og oplevelse af tryghed.

3.8.3 Konkrete ressourcer i forhold til at forebygge sekundære traumatisering

Materiale	Kort om	Anbefalet af
<i>Medfølelsens pris: når professionelle hjælpere har brug for hjælp</i> af Per Isdal (Isdal, 2018)	Den norske psykolog Per Isdal beskriver hvad arbejdet gør ved den professionelle hjælper med udgangspunkt i sin egen historie. Han præsenterer konkrete strategier for, hvordan man forebygger og bearbejder de belastninger, det indebærer.	VISO-specialisten anbefaler Per Isdals "Lejrbålsmetode" som redskab til at forebygge sekundær traumatisering hos frontpersonale.
<i>Arbejdsrelateret trivsel blandt danske børneværnsansatte: Prævalens, prædiktorer og forebyggelse af sekundær traumatisering og udbændthed</i> af Maria L. Vang (Vang, 2020)	Ph.d.-afhandling af Maria Vang baseret på undersøgelser af de danske Børnehuse.	Børnehus Syd referer til, hvordan Maria Vangs ph.d. har været med til at øge deres fokus på og forebyggelse af sekundær traumatisering blandt frontpersonalet.

4 Opsummering og perspektivering

Denne rapport har anvendt to metoder, begrænset indsamling af eksisterende litteratur og ekspertinterviews, til at afdække aktuelt bedste viden om brug af traumebevidste tilgange (TBT) i det sociale arbejde med udsatte børn og unge. I alt har vi indsamlet 14 internationale reviews, 7 nordiske studier af/artikler om TBT og gennemført 10 ekspertinterviews. Ud fra disse har vi identificeret og syntetiseret mulige kerneelementer i en traumebevidst tilgang i en dansk kommunal kontekst.

De internationale studier viser, at TBT er implementeret og undersøgt på en række forskellige områder (fx børne- og ungeområdet, sundhedsområdet, skoleområdet m.m.) for det sociale arbejde med børn og unge. TBT er ikke nær så udbredt i en skandinavisk kontekst, men har dog været implementeret i det norske Barnevern i en årrække og er efterhånden også mere udbredt i det svenske skolevæsen. Trods udbredelsen er det endnu begrænset, hvor meget man har forsket i, hvilken betydning det har for børn og unge, at man arbejder ud fra TBT, men de eksisterende studier peger dog på, at tilgangen ser ud til at påvirke børn og unges udvikling positivt. Derudover bliver tilgangen generelt taget godt imod blandt ansatte og opleves som relevant for deres arbejde. Men der er stadig betydelige videnshuller på området, fordi kvaliteten af de eksisterende studier som oftest er ret lav (fx små studier, manglende før/efter-målinger, mangel på en kontrolgruppe og stort frafald), så ud fra den eksisterende litteratur kan vi endnu ikke afgøre, om TBT har en positiv effekt. Der mangler stadig studier af høj kvalitet, hvilket i følge forskerne blandt andet hænger sammen med, at der mangler gode mål for, hvad det vil sige at arbejde traumebevidst i den konkrete praksis. Der er aktuelt ikke forskning, der kan sige noget om, hvordan man går fra de forskellige udgaver af overordnede principper for TBT til den enkelte medarbejders konkrete praksis, for at TBT kan få en betydning for børn og unge, som har været udsat for traumer. Derfor er både internationale og skandinaviske ekspertmiljøer aktuelt ved at udvikle bud på operationaliseringer af de overordnede principper for TBT på baggrund af deres erfaringer og forskningsresultater.

Rapporten har derfor hovedsageligt identificeret potentielle virkningsfulde kerneelementer i TBT i en dansk kommunal kontekst på baggrund af skandinaviske eksperters viden om og erfaringer med TBT og traumeområdet. Sammen med ekspertmiljøers operationaliseringer af TBT gennem assessment-redskaber og viden fra den eksisterende litteratur har vi med indsigterne fra eksperterne søgt at udlede og eksemplificere, hvordan det amerikanske National

Child Traumatic Stress Networks (NCTSN) principper for TBT på børne- og familieområdet kunne se ud i en dansk kontekst. Det sociale område dækker som bekendt en bred vifte af kontekster og faggrupper, hvorfor man vil skulle tilpasse kerneelementerne til den konkrete praksis. De syv kerneelementer kan dermed ikke siges at være evidensbaserede, ligesom vi ikke kan afgøre, om alle kerneelementer er lige vigtige, eller om der vil kunne tilføjes yderligere kerneelementer. Kerneelementerne skal forstås som udvalgte forskere, praktiskere og ekspertmiljøers erfaringsbaserede og til dels forskningsbaserede bud på, hvad en god og virkningsfuld tilgang til arbejdet med at støtte børn og unge, som har været ude for traumer ville indebære af centrale elementer. Som det fremgår af rapporten, er der mange overlap mellem kerneelementerne, hvorfor man i udgangspunktet må forvente, at TBT vanskeligt vil kunne deles op i selvstændige kerneelementer, uden at det får konsekvenser for den samlede effekt. Der findes dog endnu ikke forskning, som kan belyse dette.

Overordnet set finder rapporten, at en traumebevidst tilgang i en dansk kommunal praksis indbefatter følgende kerneelementer:

Screening

For det første må man arbejde ud fra en erkendelse af, at rigtig mange børn hvert år er udsat for potentielt traumatiserende hændelser, og at der samtidig er forskellige forhold, der gør, at de ikke altid identificeres. Det har store omkostninger for den enkelte og for samfundet, hvorfor det er en vigtig del af en traumebevidst tilgang, at man *aktivt søger at opspore* traumeproblematikker hos børn og unge. Gennem brug af screeningsredskaber og/eller observationer og samtale må man undersøge, om barnet har været ude for en potentielt traumatiserende hændelse (under den brede kategori for Adverse Childhood Experience – ACE), hvordan barnet reagerer på hændelsen, og hvad barnet i øvrigt har af vanskeligheder og ressourcer. Her spiller frontpersonale på det sociale område en vigtig rolle, da de har en særlig position i forhold til at kunne identificere problematikkerne, da mange af børnene ikke selv kommer i kontakt med myndigheder eller sundhedsvæsen. Det er afgørende, at frontpersonalet bliver og føler sig klædt på til opgaven, eftersom der ses en tendens til berøringsangst blandt frontpersonalet, og da traumeproblematikker af forskellige årsager kan være vanskelige at få øje på.

Udredning

En traumebevidst tilgang handler derudover om at arbejde ud fra en forståelse af, at børn og unges reaktioner på traumer ofte er komplekse og let kan forveksles med andre former for vanskeligheder. Det er derfor nødvendigt, at man har en *grundig, helhedsorienteret og tværfaglig tilgang til at forstå og udrede* børns behov for støtte og behandling, som varetages af uddannet perso-

nale. En vurdering af, hvordan traumeproblematikken belaster barnet indebærer, at man forholder sig til risiko- og beskyttende faktorer i og omkring barnet, herunder må man have et særligt fokus på barnets nære relationer.

Videns- og kompetenceopbygning

Dette kerneelement er en grundlæggende forudsætning for de øvrige kerneelementer i TBT: at man *sikrer alle medarbejderne har den nødvendige viden og kompetencer til at kunne arbejde traumebevidst*. Det indbefatter blandt andet, at medarbejderne har viden om traumer og traumers udbredelse, hvordan traumer påvirker børns adfærd, udvikling og relationer, samt hvordan traumer påvirker medarbejderne selv. Det betyder ikke, at alle faggrupper skal have samme niveau af viden, men det er en vigtig del af TBT, at de professionelle har en fælles viden at stå på og derudover får koblet den mere specialiserede viden om traumer og traumeproblematikker på den erfaring og den fagkundskab, som medarbejderne i forvejen har. For at kunne arbejde traumebevidst må medarbejderne desuden have en række kompetencer. En særskilt vigtig kompetence er evnen til at møde barnet på en måde, som skaber tryghed, og som støtter barnet til at opbygge eller genopbygge evnen til at danne tillidsfulde relationer, hvilket blandt andet stiller krav til den voksnes egne regulering- og mentaliseringsevner. For at arbejde med dette kerneelement i praksis peger eksperterne på, at der ud over en grundlæggende træning for alle medarbejdere også er behov for løbende opfølgning og supervision, som kan hjælpe medarbejderne med at oversætte viden om TBT til deres daglige praksis i arbejdet med udsatte børn og unge.

Resiliens og beskyttende faktorer

Kerneelementet indebærer, at overordnede interventioner såvel som konkrete interaktioner med børn og unge, som har været udsat for traumer, må være målrettet at *understøtte resiliens og styrke indre såvel som ydre beskyttende faktorer*. Dette kan blandt andet indebære at arbejde med børnenes mentaliseringsevne og affektregulering samt at støtte dem til at genskabe følelse af mestring og kontrol. Derudover er det afgørende at støtte børnene til at udvikle eller genopbygge interpersonel tillid, da sociale relationer er en særligt betydningsfuld beskyttende faktor, blandt andet ved at have fokus på at styrke deres nære relationer samt understøtte børnenes deltagelse i sociale fællesskaber. Derudover peges der på vigtigheden af at sikre at barnet får dækket basale behov og har trygge rammer.

Forældres og omsorgspersoners traumer

Dette kerneelement omhandler, at man ud fra en traumebevidst tilgang til at arbejde med børn og unge også må have fokus på, hvordan forældre/om-

sorgspersoners eventuelle egne traumeproblematikker eller øvrige vanskeligheder belaster barnet og familien som helhed og har betydning for forældre/omsorgspersoners muligheder for at støtte barnet i at komme sig. Derudover handler kerneelementet også om, hvordan man i et større perspektiv må have fokus på at forebygge og behandle traumer hos forældre/omsorgspersoner, da traumer kan overføres fra generation til generation. Dette betyder blandt andet, at en traumebevidst tilgang i det sociale arbejde med børn og unge må indebære forebyggende interventioner over for kommende forældre, der selv har været udsat for traumer.

Tværgående samarbejde

En vigtig pointe i TBT, som går på tværs af flere af kerneelementerne, er, at man i det sociale arbejde må være bevidst om, at alle voksne omkring barnet har en betydning for at kunne støtte barnet i at komme sig efter traumer. Det er derfor afgørende, at de voksne, som er omkring barnet i hverdagen (fx forældre/omsorgspersoner og pædagoger/lærere/andet frontpersonale), alle har den nødvendige viden om og forståelse for, hvordan barnets vanskeligheder er relateret til traumer, så de kan møde og støtte barnet på en måde, så man undgår retraumatisering og hjælper barnet til at komme sig. Derfor er det en vigtig del af TBT, at man sikrer *tværgående samarbejde og vidensdeling*, for at sikre, at de voksne omkring barnet kan arbejde i samme retning ud fra en fælles forståelse af barnets og evt. familiens situation. Det handler ligeledes om, hvordan man gennem overordnede retningslinjer og procedurer sikrer samarbejde og koordination på tværs af de instanser, som er nødvendige for, at barnet modtager den rette hjælp og støtte i forhold til de ofte komplekse behov, som en traumeproblematik kan medføre.

Sekundær traumatisering

I TBT er *forebyggelse af sekundær traumatisering* en central del af at arbejde med udsatte børn og unge, idet de ansattes trivsel har direkte betydning for, i hvilken grad de kan imødekomme traumatiserede børn og unges behov for at have stabile og støttende voksne omkring dem. Derudover er det en indlejret del i en traumebevidst tilgang, at man søger at forebygge yderligere traumatisering – hos ansatte såvel som hos børn og unge. Eksperterne peger på nødvendigheden af at have strukturer og procedurer, som sikrer tilstrækkeligt med støtte og supervision til de ansatte, samt understøtter en arbejdskultur med et stærkt kollegialt fællesskab, hvor man kan være åben om egne psykiske belastninger og sårbarheder.

4.1 Begrænsninger

Resultaterne af denne vidensafdækning skal læses med forbehold for en række begrænsninger. For det første er traumebevidste tilgange på det sociale område for udsatte børn og unge et felt, der rækker vidt og bredt, og som ikke tydeligt afgrænset, hvorfor vidensafdækningen må ses som en hurtig, indledende kortlægning af området. Selvom vi har anvendt en systematisk litteratursøgning, er søgningen gennemført som et begrænset review (Rapid Evidence Review), og vi er ikke kommet hele vejen rundt om TBT-litteraturen. Fokus har derimod været på at syntetisere viden fra nyere, internationale TBT-reviews og nordiske TBT-studier. Det har eksempelvis ikke været muligt at inkludere alle reviews eller nordiske studier, som omhandlede ACE-relaterede indsatser, hvor ordet *traume* ikke indgik i titel eller abstract. Det kunne eksempelvis have udelukket forskning om brugen af interventioner målrettet børn og unge, som har været udsat for vold eller omsorgssvigt, og som derfor ville have været relevant viden i relation til at vurdere effekten af TBT. Samtidig har vi været nødt til at ekskludere nogle databaser. Undervejs i søgeprocessen blev vi eksempelvis opmærksomme på følgende databaser, som kunne være relevante at inkludere, men som ikke var muligt at inkludere inden for tidsrammen: Social Services Abstracts og PTSDpubs – ProQuest. Eftersom resultaterne af vores litteratursøgning matcher eksperternes udtalelser om, at man også i forskningsmiljøerne finder, at der fortsat mangler forskning i effekterne af TBT, forventer vi dog ikke, at studier fra de ekskluderede databaser ville have haft en afgørende betydning for vidensafdækningens overordnede fund.

For det andet har det været nødvendigt med et forholdsvis begrænset antal informanter i ekspertinterviewene, selvom det ville være relevant at inkludere perspektiver fra både målgruppen selv, pårørende, forskellige faggrupper og institutioner i forhold til at kunne identificere kerneelementer ved TBT i en dansk kontekst. Det gælder særligt, eftersom litteratursøgningsresultaterne viste, at der er begrænset forskning i, hvilken betydning TBT har for målgruppen, samt stærkt begrænset forskning i TBT i en skandinavisk kontekst trods en voksende udbredelse. Vi har forsøgt at udvælge eksperterne ud fra, at de enten beskæftiger sig med forskning på traumeområdet, har særlig viden om TBT-indsatser i en skandinavisk kontekst eller er tæt knyttet til medarbejdere, som arbejder med udsatte børn og unge, der kan være traumatiserede. Samtidig har vi forsøgt at citere eksperterne så ordret som muligt og holde os strengt til meningen i deres udtalelser, men interviewene var korte, og eksperterne fik generelt ikke mulighed for at forberede sig på interviewet.

4.2 Perspektiver

Vidensafdækningen belyser, at TBT er defineret ved forskellige overordnede principper, men at der i øjeblikket ikke eksisterer en konsensus om, hvordan disse principper omsættes til konkret praksis. Forskere efterlyser et fælles mål for, hvad det vil sige at arbejde ud fra en traumebevidst tilgang, da det er forudsætningen for, at man kan undersøge, hvilken betydning TBT har for de børn og familier, man arbejder med. Ekspertgrupper inden for traumeområdet, som det norske CACTUS, det amerikanske NCTSN og forskere i samarbejde med WHO, arbejder alle på en operationalisering af TBT, som er tilpasset arbejdet med børn og unge. Om det er muligt eller ønskværdigt at blive enige om sådanne standardiseringer, er stadig et åbent spørgsmål. Pasmore fra WHO peger på, at der allerede er kommercielle interesser i spil, eftersom mange organisationer har udviklet programmer for TBT, som de tilbyder uddannelser i. Ifølge Lang er der brug for meget mere forskningsbaseret viden for at kunne sige noget om, hvordan den enkelte sagsbehandler bør gøre sit arbejde ud fra TBT, mens Steinkopf med sin forskning i det norske Barnevern stiller spørgsmålstegn ved, om det overhovedet er formålstjeneligt med standardiseringer til det konkrete praksisniveau. I hans undersøgelse operationaliserer ansatte TBT til i praksis at handle om deres evne til at reflektere over den unges adfærd og sig selv i mødet den enkelte unge, og deres evne til at tilpasse deres reaktioner og adfærd til den enkeltes behov. På den baggrund argumenterer Steinkopf for, at TBT i høj grad er en kontekstafhængig praksis, som måske netop virker ved, at den ikke er en standardiseret metode, men efterlader plads til, at den kan tilpasses af den enkelte ansatte (Steinkopf et al., 2020).

Steinkopf er dog enig med de øvrige eksperter om, at det samtidig er nødvendigt at sætte nogle faste hegnsplæer ned omkring, hvad TBT er. Ikke kun af hensyn til forskningen i sig selv, men også for at sikre, at TBT ikke bliver udvandet. I og med at tilgangen har så store overlap med "almindelig god praksis" og noget, som man allerede gør mange steder, vil der være en risiko for, at organisationer vil kunne henvise til eksisterende praksis (fx hvis en skole har gruppeinterventioner, der skal understøtte børnenes mentaliseringssevner) og argumentere for, at man allerede arbejder ud fra traumebevidste principper, uden at organisationen har praksisser i forhold til de øvrige kerneelementer ved tilgangen (Hanson & Lang, 2016). Spørgsmålet synes derfor at være, hvor konkret et praksisniveau det vil give mening at standardisere TBT til, hvilket yderligere forskning og erfaring med implementering i forskellige kontekster, er nødvendig for at kunne belyse.

Selvom det ikke er muligt at sige noget om effekten af TBT, vil man med baggrund i forskningen, der viser forekomsten af uopdagede traumer hos børn og unge samt konsekvenserne af disse med rimelighed kunne forvente, at det kan gøre en forskel, at man implementerer kerneelementerne for screening og

udredning samt har fokus på omsorgspersoners egne traumer. Grundlaget for at kunne gøre dette er, som beskrevet, at man opbygger medarbejdernes viden og kompetencer, hvilket også i litteraturen afspejles i at være det mest implementerede element og, ifølge eksperterne, det naturlige sted at starte. Som det fremgår af beskrivelserne af kerneelementer, så understøtter de hinanden, og det afspejler således også, at TBT i sin essens er en overordnet tilgang, hvor helheden potentielt vil have en større effekt end de enkelte dele tilsammen.

Undervejs i vidensafdækningen har vi samtidig beskrevet, at der i litteraturen og blandt eksperterne også findes områder, man må være særligt opmærksom på i relation til at implementere TBT, herunder risikoen for at "falde i den anden grøft", hvor børn og unges vanskeligheder i for høj grad forstås som et udtryk for traumer. Dette hænger dels sammen med risikoen for en udvanding af traumbegrebet. I Norge er der ifølge Østmoe og Steinkopf, særligt blandt klinikere, allerede rejst en kritik af at "alt bliver til traumer" med henvisning til den brede ACE-kategori, hvilket ligeledes er problematiseret flere steder i litteraturen (Bath, 2017; Bunting et al., 2018). Derudover hænger problematikken sammen med, at det for mange medarbejdere, der bliver trænet i tilgangen, vil være den primære "teoretiske linse", de ser børn og unges problematikker igennem, hvorfor man risikerer at overse andre problematikker.

Derudover må man være særligt opmærksom på, hvad et øget fokus på traumer kan risikere at få konsekvenser i forhold til børnenes identitet. Selvom skiftet fra "Hvad er der galt med dig?" til "Hvad er der sket med dig?" flytter opmærksomheden væk fra at finde årsagen til barnets problemer i barnet selv og til eksterne faktorer, så er det at blive betegnet som "traumatiseret" stadig et mærkat, som har en negativ konnotation af at være "ødelagt" eller "hjælpeløst offer", hvorfor det kan have en stigmatiserende, negativ og begrænsende indvirkning på barnets selvforståelse (Bath, 2017; Skarstein & Schultz, 2018). Det er derfor afgørende, at en traumebevidst praksis har blik for denne risiko og aktivt understøtter, at det er barnets resiliens og ressourcer, der bliver centrale for den måde, man møder barnet på og dermed bidrager til barnets oplevelse af sig selv som normal og med handlemuligheder (Bargeman et al., 2021; Bath, 2017; Skarstein & Schultz, 2018).

Når dette er sagt, så peger både litteraturgennemgangen og ekspertinterviewene på, at en traumebevidst tilgang kan gøre en positiv forskel for børn og unge, der har oplevet traumer, ved at støtte medarbejdere og omsorgspersoner omkring dem til at kunne møde og hjælpe børnene på en hensigtsmæssig måde. Hvis man som kommune eller organisation har et ønske om at implementere TBT, vil man kunne tage udgangspunkt i rapportens kerneelementer i kapitel 3 og i øvrigt orientere sig i eksempelvis WHO's kommende rapport, og hjemmesiderne for CACTUS-netværket, NCTSN eller de øvrige ressourcer un-

der kerneelementet *Videns- og kompetenceopbygning* 3.4 Da kerneelementerne endnu er på et relativt overordnet principniveau, vil de fleste organisationer eller institutioner skulle tilpasse elementerne til deres konkrete praksis. Ifølge de eksperter, vi har talt med, opnås de bedste resultater, når man i en ekspertgruppe bestående af traumeeksperter, fagpersoner/frontpersonale og de unge og familier, som er i målgruppen, drøfter, hvordan en traumebevidst praksis kunne se ud i en given kontekst. Udviklingsprocessen må derudover indebære løbende undersøgelser af, hvordan tiltagene implementeres og virker med både kvantitative og kvalitative dataindsamlinger blandt ledere, medarbejdere og ikke mindst de børn og unge (og deres familier), som man ønsker at støtte.

Litteratur

- Alkærstig, M., Løkkegaard, S. S., & Elklit, A. (2020). *Terapeutiske behandlingsmetoder til traumatiserede børn*. Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet.
- Angelöw, A., Juntorp, J., Torstensson, S., Bonerfält, L., Lindholm, M., & Hindsström, S. (2018). *One year of transforming care: An annual report about Save the Children's trauma-informed care programme in Sweden 2017*. Save the Children.
- Bailey, C., Klas, A., Cox, R., Bergmeier, H., Avery, J., & Skouteris, H. (2019). Systematic review of organisation-wide, trauma-informed care models in out-of-home care (OoHC) settings. *Health and Social Care in the Community, 27*(3), 10–22.
- Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2021). Trauma-informed care as a rights-based "standard of care": A critical review. *Child Abuse and Neglect, 119*, 1–10.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming Children & Youth, 17*(3), 17–21.
- Bath, H. (2015). *The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours*. 23(4), 5–11.
- Bath, H. (2017). The trouble with trauma. *Scottish Journal of Residential Child Care, 16*(1), 1–12.
- Berger, E. (2019). Multi-tiered Approaches to Trauma-Informed Care in Schools: A Systematic Review. *School Mental Health, 11*(4), 650–664.
- Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2010). *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to foster resilience through attachment, selfregulation and competency*. Guilford Press.
- Braarud, H. C., & Nordanger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48*(10), 968–972.
- Bræin, M. K., Andersen, A., & Simonsen, A. H. (2017). Traumebevissthet i barnevernet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 55*(10), 990–997.
- Branson, C. E., Baetz, C. L., Horwitz, S. M. C., & Hoagwood, K. E. (2017). Trauma-informed juvenile justice systems: A systematic review of definitions and core components. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 9*(6), 635–646.
- Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J., & Burke, S. (2017). What are effective

strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 1–16.

Bunting, L., Montgomery, L., Mooney, S., Macdonald, M., Coulter, S., Hayes, D., & Davidson, G. (2019). Trauma informed child welfare systems—a rapid evidence review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 1–22.

Bunting, L., Montgomery, L., Mooney, S., MacDonald, M., Coulter, S., Hayes, D., Davidson, G., & Forbes, T. (2018). *Evidence Review - Developing Trauma informed Practice in Northern Ireland*. Safeguarding Board for Northern Ireland.

Chamberlain, C., Gee, G., Harfield, S., Campbell, S., Brennan, S., Clark, Y., Mensah, F., Arabena, K., Herrman, H., Brown, S., Atkinson, J., Nicholson, J., Gartland, D., Glover, K., Mitchell, A., Atkinson, C., McLachlan, H., Andrews, S., Hirvonen, T., ... Dyall, D. (2019). Parenting after a history of childhood maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PLoS ONE*, 14(3), 1–41.

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.

Cohen, C. E., & Barron, I. G. (2021). Trauma-Informed High Schools: A Systematic Narrative Review of the Literature. *School Mental Health*, 13(2), 225–234.

Dalgaard, N. T. (2016). *The Transgenerational Transmission of Refugee Trauma: How a parental trauma history may affect children without a history of trauma exposure*. Department of Psychology, University of Copenhagen.

Dansk Flygtningehjælp. (2011). *Flygtningebørn – virkningsfulde indsatser: Forskningsregistrant om psykosociale interventioner for børn og unge med flygtningebaggrund*. Center for Udsatte Flygtninge, Dansk Flygtningehjælp.

Davies, B. R., & Allen, N. B. (2017). Trauma and homelessness in youth: Psychopathology and intervention. *Clinical Psychology Review*, 54, 17–28.

Dos Santos, N. E., Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2016). Er det så ille å bli spurt om traumer? Barns opplevelser av traumekartlegging i BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 54(7), 536–545.

Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish National Youth Probability Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 174–181.

Eruyar, S., Huemer, J., & Vostanis, P. (2018). Review: How should child mental health services respond to the refugee crisis? *Child and Adolescent*

Mental Health, 23(4), 303–312.

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258.
- Furuholmen, K. G., & Sjøvold, M. S. (2017). Alinemodellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 55*(10), 970–976.
- Galvin, E., O'Donnell, R., Breman, R., Avery, J., Mousa, A., Halfpenny, N., Skouteris, H., O'Donnell, R., Breman, R., Avery, J., Mousa, A., Halfpenny, N., Skouteris, H., O'Donnell, R., Breman, R., Avery, J., Mousa, A., Halfpenny, N., & Skouteris, H. (2022). Interventions and Practice Models for Improving Health and Psychosocial Outcomes for Children in Residential Out-of-Home Care: Systematic Review. *Australian Social Work, 75*(1), 33–47.
- Galvin, E., O'Donnell, R., Mousa, A., Halfpenny, N., & Skouteris, H. (2020). Attitudes towards trauma-informed care in residential out-of-home care. *Children and Youth Services Review, 117*, 1–8.
- Garoff, F., Kangaslampi, S., & Peltonen, K. (2019). Development and implementation of a group based mental health intervention for unaccompanied minors. *Scandinavian Journal of Psychology, 60*(1), 7–15.
- Goldman, J. H., Trunzo, C. P., & Agosti, J. (2020). *NCTSN Trauma-Informed Organizational Assessment*. NCTSN - National Center for Child Traumatic Stress.
- Hagelquist, J. Ø. (2022). *Mentalisering i mødet med udsatte børn*. Hans Reitzels Forlag.
- Hanson, R. F., & Lang, J. (2016). A Critical Look At Trauma-Informed Care Among Agencies and Systems Serving Maltreated Youth and Their Families. *Child Maltreatment, 21*(2), 95–100.
- Herrenkohl, T. I., Hong, S., & Verbrugge, B. (2019). Trauma-Informed Programs Based in Schools: Linking Concepts to Practices and Assessing the Evidence. *American Journal of Community Psychology, 64*(3–4), 373–388.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 2*(8), 356–366.
- Hughes, K., Ford, K., Bellis, M. A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 6*(11), 848–857.

- Isdal, P. (2018). *Medfølelsens pris: Når professionelle hjælpere har brug for hjælp*. Akademisk Forlag.
- Lang, J. M., Campbell, K., & Vanderploeg, J. J. (2015). *Advancing trauma-informed systems for children*. Child Health and Development Institute.
- Levine, P. A., & Kline, M. (2007). *Trauma Through a Child's Eyes: Awakening the Ordinary Miracle of Healing*. North Atlantic Books.
- Løkkegaard, S. S. (2019). *How can we identify traumatized children? A study on validating assessment tools for identifying children who suffer from trauma symptomatology*. University of Southern Denmark.
- Løkkegaard, S. S., Egebæk, S. A. B., & Elklit, A. (2017). Are trauma and post-traumatic stress disorder connected to psychiatric comorbidity in Danish pre-schoolers? *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 10(4), 353–361.
- Mihelicova, M., Brown, M., & Shuman, V. (2018). Trauma-Informed Care for Individuals with Serious Mental Illness: An Avenue for Community Psychology's Involvement in Community Mental Health. *American Journal of Community Psychology*, 61(1–2), 141–152.
- Miller, J., & Berger, E. (2020). A review of school trauma-informed practice for Aboriginal and Torres Strait Islander children and youth. *The Educational and Developmental Psychologist*, 37(1), 39–46.
- Montgomery, E. (2017). Traumer, forældreskab og intervention. In M. Blauenfeldt, E. Montgomery, E. Ryding, J. Thulin, & S. Hansen (Eds.), *Flygtningebørn i skolen: Læring og trivsel i nye omgivelser*. Dafolo.
- Møldrup-Lakjer, M. (2014). *Afsluttende evaluering af projekt NUSSA, 2014: Implementering i Varde Kommune og effektevaluering af NUSSA-metoden*. Afdeling for Traume- og Torturoverleverere, Psykitatrien i Region Syddanmark.
- Nisamjan, N., & Nordtømme, T. F. (2017). Når overvældende inntrykk gir kroppslige utslag - en kvalitativ pilotstudie. *Fysioterapeuten*, 84(9/17), 50–55.
- Nordanger, D. Ø., Braarud, H. C., Albæk, M., & Johansen, V. A. (2011). Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(11), 1086–1090.
- Nordanger, D. Ø., Gjestad, R., Solhaug, P., Andersen, A., Bræin, M. K., Johannessen, K. N., Lundegaard, A., Ormhaug, S. M., Andersson, G. J., Gran, J., Hafstad, G. S., Hanssen, T., Johansen, V. A., Simonsen, A. H., Steinkopf, H., & Rutle Johansson, E. (2021). Trauma and Development Education Monitor: et nytt instrument for å måle traumekompetanse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 58(12), 1022–1031.
- Ottosen, M. H., Frederiksen, S., & Henze-Pedersen, S. (2020). *Psykisk vold mod børn i hjemmet: Et vidensgrundlag*. VIVE – Det Nationale Forskningsog Analysecenter for Velfærd.

- Ottosen, M. H., & Henze-Pedersen, S. (2021). *Fysisk vold og seksuelle overgreb mod børn: En vidensopsamling*. VIVE – Det Nationale Forskningsog Analysecenter for Velfærd.
- Rädda Barnen. (2018). *Traumamedveten omsorg 2018*. Rädda Barnen.
- Reeves, E. (2015). A synthesis of the literature on trauma-informed care. *Issues in Mental Health Nursing, 36*(9), 698–709.
- Roseby, S., & Gascoigne, M. (2021). A systematic review on the impact of trauma-informed education programs on academic and academic-related functioning for students who have experienced childhood adversity. *Traumatology, 27*(2), 149–167.
- SAMHSA. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers: The acclaimed guide to stress, stress-related diseases, and coping*.
- Scavenius, C., Kaspersen, S., Hansen, S. J., & Sørensen, J. H. (2019). *Opstart af to mentaliseringsbaserede programmer: Midtvejsevaluering af 'Styrkelse af børn og unges mentaliseringssevne, handlekraft og sociale færdigheder'*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Skarstein, D., & Schultz, J.-H. H. (2018). Identity at Risk: Students' Identity Configuration in the Aftermath of Trauma. *Scandinavian Journal of Educational Research, 62*(5), 798–812.
- Socialstyrelsen. (2019). *Den Danske Børnehusmodel: Faglige beskrivelser af indsatserne i de danske børnehuse*. Socialstyrelsen.
- Steinkopf, H. (2021). *Being the Instrument of Change Being the Instrument of Change: Staff Experiences in Developing Trauma-informed Practice in a Norwegian Child Welfare Residential Care Unit*. University of Bergen.
- 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.
- Steinkopf, H., Nordanger, D., Stige, B., & Milde, A. M. (2021). Experiences of Becoming Emotionally Dysregulated. A Qualitative Study of Staff in Youth Residential Care. *Child and Youth Services, 1*–19.
- Stephenson, L. A., Beck, K., Busuulwa, P., Rosan, C., Pariante, C. M., Pawlby, S., & Sethna, V. (2018). Perinatal interventions for mothers and fathers who are survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 80*, 9–31.

- Thomann, A., Keyes, L., Ryan, A., & Graaf, G. (2020). Intervention Response to the Trauma-Exposed, Justice-Involved Female Youth: A Narrative Review of Effectiveness in Reducing Recidivism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 1–17.
- Thomas, M. S., Crosby, S., & Vanderhaar, J. (2019). Trauma-Informed Practices in Schools Across Two Decades: An Interdisciplinary Review of Research. *Review of Research in Education*, 43(1), 422–452.
- Thunberg, S., & Källström, Å. (2018). Does Professional or Social Network Support Meet the Needs of Victimized and Polyvictimized Youths in Sweden? *Victims and Offenders*, 13(3), 390–408.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- Vang, M. L. (2020). *Occupational well-being among Danish Child Protection Workers: Prevalence, Predictors and Prevention of Secondary Traumatization and Burnout*. Faculty of Life and Health Services, Ulster University.
- Vang, M. L., Løkkegaard, S. S., & Elklit, A. (2020). *Samarbejdet i sager, hvor der er mistanke om vold eller overgreb mod børn og unge: En dokumentanalyse af kommunernes og Børnehus Syds samarbejde om udsatte børn og unge*. Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet.
- Walsh, I. (2018). *Age 2 to 18 - systems to protect children from severe disadvantage*. The WAVE Centre.
- Wilson, A., Hurley, J., Hutchinson, M., & Lakeman, R. (2021). "Can mental health nurses working in acute mental health units really be trauma-informed?" An integrative review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(5), 900–923.
- Wilson, A., Hutchinson, M., & Hurley, J. (2017). Literature review of trauma-informed care: Implications for mental health nurses working in acute inpatient settings in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), 326–343.
- Zakszeski, B. N., Ventresco, N. E., & Jaffe, A. R. (2017). Promoting Resilience Through Trauma-Focused Practices: A Critical Review of School-Based Implementation. *School Mental Health*, 9(4), 310–321.
- Østmoe, C. (2020a). *Erfaringer og suksessfaktorer fra arbeid med traumeinformert innsats*. Oslo kommune.
- Østmoe, C. (2020b). *Økt livsmestring – Felles innsats for barn og unge – Oslo som traumeinformert by*. Oslo kommune.

Bilag 1 Oversigt over søgestrategi

Listen viser søgestrategien til udarbejdelsen af den systematiske og afgrænsede vidensafdækning af traumebevidste tilgange på børne- og ungdområdet.

RefWorks/Mendeley er anvendt som reference- og analyseværktøj til at gennemføre både screening og vurdering af de i søgningen identificerede studier/publikationer. RefWorks/Mendeley-databasen fungerer ligeledes som dokumentation for litteraturstudiet med hensyn til den internationale litteratur. I relation til den skandinaviske litteratur, er det udelukkende studier, som er inkluderet til fuldtteksts screening, der er overført til Mendeley-databasen.

Søgestreng	Afgrænsninger	De konkrete søgestreng tilpasses søgemulighederne i de enkelte databaser.
Søgning i internationale databaser (1 og 2)	Databaser	PsycINFO; PubMed, Web of Science, ERIC
	Publikationstype	Peer-reviewed Eksklusive grå litteratur (herunder konferencenotater, workingpapers mv.).
	Sprog	Engelsk, dansk, svensk, norsk
	Målgruppe	#1 Age Groups: Childhood (birth-12 yrs), Infancy (2-23 mo), Preschool Age (2-5 yrs), School Age (6-12 yrs), Adolescence (13-17 yrs) #2 DE "Family" eller søgeord "family*" I T/A
	År for publicering	2016-2021
	Søgeord	Frasesøgning/trunkering (i T/A): "trauma inform*" OR "trauma responsive" OR "trauma sensitive" OR "Trauma focus*" OR "trauma base*" OR "trauma resilience" OR "trauma specific" OR trauma exposed" Kontrollerede søgeord: DE "Trauma-Informed Care"
Kun for 1. Review	Afgrænsning til litteraturreview	Document type: Review Eller Søgeord: "review" i T/A.
Kun for 2. Søgning efter nordiske studier i internationale databaser	Afgrænsning med søgeord for skandinaviske lande	Frasesøgning/trunkering (i T/A): Denmark OR danish OR scandinavia* OR sweden OR Swedish OR norway OR norwegian* OR finland OR finnish OR iceland* OR faroe OR nordic* OR greenland* OR inuit*
3. Søgning efter litteratur i skandinaviske databaser	Databaser	Norske: Cristin og Norart Svenske: Swepub og Libris Danske: NORA og bibliotek.dk
	Publikationstype	Videnskabelige artikler (Ekskl. konferencenotater, workingpapers mv.).
	Sprog	Engelsk, dansk, svensk, norsk
	Målgruppe (dansk eksempel)	(børn OR småbørn OR barndom OR drenge OR piger OR førskolebørn OR teenage* OR unge OR ungdom OR familie* OR elev* OR skole* OR child* OR preschool* OR preschool* OR teenage* OR adolescen* OR youth OR

Søgestreng	Afgrænsninger	De konkrete søgestreng tilpasses søgemulighederne i de enkelte databaser.
		"young adult" OR "young adults" OR family OR families OR pupil OR student OR School)
	År for publicering	2010-2021
	Søgeord	I danske og norske: #1 traume* OR udviklingstraume ¹ * OR polyvictimiz* OR "trauma-informed" OR "trauma-focused" I svenske: #1 (Polyvictimiz* OR trauma-informed OR trauma-focused) #2 ((trauma* OR Utvecklingstrauma*) AND (insats OR Skol* OR socialtjänst OR familjehem OR föräldrahem OR elevhälsan OR Barnhus OR screening))

Note: 1): Ordet "udviklingstraume" burde egentlig komme frem ved søgning på traume*, hvorfor ordet ikke blev selvstændigt søgt efter i norske databaser. Men grundet begrænsninger ved danske og svenske databaser, tilføjede vi ordet for en sikkerheds skyld.

Bilag 2 Oversigt over skandinaviske studier

Nedenfor giver vi en kort opsummering af de skandinaviske studier i vidensafdækningen.

TBT i en norsk anbringelseskontekst

To af de inkluderede artikler stammer fra den norske psykolog Heine Steinkopfs ph.d.-projekt, som er et kvalitativt studie i en offentlig institution for fire anbragte unge mellem 13 og 18 år, der alle har dokumenterede historier med traumer og vanrøgt. Hovedparten af de ansatte har mere end ti års relevant erfaring, og de fleste med en socialrådgiverbaggrund, men også lærere, ergoterapeuter og politi er blandt de ansatte. Forskningen sker i relation til implementeringen (fra 2013-2019) af RVTs Sørs kompetenceprogram "Traumebevidst omsorg", som er bygget op omkring Howard Baths model "Three pillars of care", og desuden trækker på udviklingspsykologisk og neurobiologiske modeller, herunder Bruce Perrys. Programmet omfattede undervisningsdage, workshops og supervision, der løbende blev gentaget baseret på ledelsens rutinemæssige vurdering af medarbejdernes forståelse af TBT. Førsteforfatteren var involveret i hele processen.

Artiklen "How do staff in residential care transform Trauma Informed principles into practice? A qualitative study from a Norwegian child welfare context" (Steinkopf et al., 2020) omhandler en undersøgelse af, som titlen antyder, hvordan de ansatte oversætter TBT-modellen til konkret praksis. Studiet består af semistrukturerede interviews a tre runder med i alt 19 ansatte. En traumebevidst praksis italesættes her under følgende tre hovedkategorier: 1) selvbevidsthed (selvrefleksion, autenticitet, co-regulering) 2) bestemte målrettede handlinger (opbygge de unges styrke og mentaliseringsevner, tilbyde tilgængelig personale, tryk grænsesætning, samarbejde med de unge) og 3) organisatoriske og kulturelle praksisser (fælles tankegang, stabilitet og rutiner, tryk arbejdskultur). I artiklen diskuteres, hvorvidt en sådan praksis er unik for en traumebevidst tilgang, da man vil kunne genfinde elementerne i en række andre modeller for arbejdet med udsatte unge. Steinkopf et al. argumenterer her for, at viden om traumer ser ud til at have en betydning for dels de ansattes evne til at reflektere over, hvad der ligger bag de unges udfordrende adfærd, og dels de ansattes evne til at co-regulere, hvorfor det kan anses for at være udtryk for, hvad der er særligt ved en traumebevidst tilgang i praksis.

I artiklen "Experiences of becoming Emotionally Dysregulated" (Steinkopf et al., 2021) behandler Steinkopf et al. et af kerneelementerne ved Howard Baths model for TBT: de ansattes evne til co-regulering,¹⁸ og hvorledes dette sætter

¹⁸ Co-regulering er et begreb, som stammer fra udviklingspsykologien. Det henviser til processen, hvor en omsorgsperson genkender barnets indre stress og uro og gennem støttende nærvær og støtte

store krav til de ansattes egen reguleringsevne og tolerance i forhold til at tillade egen sårbarhed samt følelses- og adfærdsmæssige reaktioner. Artiklen analyserer medarbejderes narrativer om episoder med dysregulering, hvilket de overvejende har en selvbebrejdende fortolkning af. I relation til den voksende tendens til at indføre TBT i organisationer argumenterer Steinkopf et al. for nødvendigheden af at forholde sig til, at arbejdet ud fra en TBT-tilgang kan medføre en særlig følelsesmæssig belastning for medarbejdere sammenlignet med andre modeller.

Alinemodellen (Furuholmen & Sjøvold, 2017)

Artiklen er en beskrivelse af en model for tværfaglig udredning og behandlingsomsorg rettet mod spæd- og småbørn, som har oplevet vold og omsorgssvigt. Den er udviklet af centret Aline, som er et tilbud til børn fra 0-2 år, der hører under Barne- og Familieetaten i Oslo kommune. Artiklen redegør kort for, hvordan modellen, i overensstemmelse med TBT, bygger på udviklingspsykologi og neurobiologi (de henviser her både til Howard Bath og Bruce Perrys modeller). På baggrund af teori og casehistorier beskrives, hvor vanskelig udredningen af børn i den førsproglige alder kan være, da traumereaktioner let kan overses eller mistolkes. Derudover påpeger forfatterne barnets ret til udredning, når man mistænker vold og omsorgssvigt, samt barnets (og omsorgspersonernes) behov for og ret til vejledning/opfølgning og behandling.

Flygtningebørn – virkningsfulde indsatser. Forskningsregistrant om psykosociale interventioner for børn og unge med flygtningebaggrund. (Dansk Flygtningehjælp, 2011)

Artiklen er en forskningsregistrant, hvor man har undersøgt forskningslitteratur fra 1996 til 2010 om psykosociale interventioner for flygtningebørn og/eller deres familier samt litteratur, der på baggrund af studier af målgruppens behov kommer med anbefalinger til praksis. Ud fra en søgning i 17 databaser blev 44 kvalitative og kvantitative studier inkluderet. Studierne lever alle op til krav om videnskabelige metoder og/eller er peer-reviewed. Langt de fleste af studierne foregår i vestlige eksillande, mens kun tre af studierne foregår i flygtningelejre. Artiklen præsenterer en række praktiske anbefalinger til psykosociale interventioner samt det generelle arbejde med traumatiserede flygtningebørn- og unge. En af hovedpointerne fra studiet er, at det er meningsfuldt at udvikle aktiviteter, der retter sig mod familiernes trivsel og børnenes skolegang. Bortset fra i et enkelt studie om narrativ eksponeringsterapi ses der generelt ikke en symptomnedsættende effekt af interventionerne. Til gengæld finder langt de fleste af de inkluderede studier, at der kan påvises øget selvværd og øget selvforståelse hos både flygtningebørn- og forældre. En række af interventionerne er derudover med til at styrke børnenes styrker og

beroliger barnet. Det er gennem denne interaktion, at barnet lærer selv at regulere sin egen følelsesmæssige uro (Steinkopf et al., 2021).

mestringsstrategier, hvilket har en positiv effekt på børnenes adfærdsvanskeligheder og følelsesmæssige problemer. Artiklen argumenterer på den baggrund for, at man at de psykosociale interventioner virker efter hensigten, dvs. resiliensstøttende.

Development and implementation of a group based mental health intervention for unaccompanied minors (Garoff et al., 2019)

Artiklen handler om uledsagede flygtningebørn i kontekst af botilbud i Finland og undersøger, 1) om gruppebaserede TBT interventioner er praktisk og relevante i kontekst som botilbuddene udgør – ved hjælp af Fokusgruppeinterviews med ansatte og uledsagede flygtningebørn, og 2) om gruppeinterventionen adresserer målgruppens mentale helbreds behov og forbedrer deres daglige funktionsniveau – ved hjælp af både kvalitative og kvantitative metoder. Undersøgelsen finder, at interventionen passede godt til institutionernes rammer, og at de ansatte havde lyst til og følte sig klædt på til at gennemføre interventionerne selvstændigt efterfølgende (med tilgængelig supervision). Interventionen havde ikke en direkte effekt på børnenes symptomer, men man fandt, at det havde betydning for opbygning af tillid. Børnene havde ikke forud for interventionen haft mod på at dele deres tanker og følelser med nogen i værtslandet – heller ikke med psykiatriske tilbud. Både ansatte og børnene selv anså deltagelse og social interaktion som indikatorer for problemer/trivsel, og undersøgelsen finder, at den bedste måde de ansatte kan arbejde med de unge uledsagede flygtninges mentale helbred på, er ved at styrke deres evner til at indgå i deres omgivende sociale miljø og deltage i daglige aktiviteter.

Afsluttende evaluering af projekt NUSSA, 2014 – Implementering i Varde Kommune og effektevaluering af NUSSA-metoden (Møldrup-Lakjer, 2014)

Evaluering af projekt NUSSA, som havde til formål at forebygge traumatisering hos børn i familier præget af traumer (flygtningebørn og børn af veteraner). Med metoden "Neuroaffektiv Udviklingspsykologisk Struktureret Social Aktivitet" (NUSSA) ville man opbygge psykosociale ressourcer, herunder mentaliserings- og reguleringsevne, gennem leg.

One year of transforming care – An annual report about Save the Children's trauma-informed care programme in Sweden 2017 (Angelöw et al., 2018)

Det svenske Red Barnets årsrapport, som blandt andet evaluerer implementeringen af deres program for TBT i det svenske skolevæsen.

VIVÉ