



Det Nationale TBT-center

# Traume-Bevidst Tilgang i Danmark

Februar 2020      Version 1.0

Det Nationale TBT-Center



Region  
Hovedstaden



REGION  
SJÆLLAND  
*- vi er til for dig*



Region  
Syddanmark

midt  
regionmidtjylland



REGION NORDJYLLAND  
- i gode hænder

## Indhold

1	Resumé .....	4
2	Baggrund .....	5
2.1	Formål.....	5
2.2	Hvad er et traume?.....	5
2.3	Forekomsten af traumer .....	5
2.4	Historisk baggrund.....	6
3	Hvad er "almindelige" traumereaktioner?.....	7
3.1	Almindelige fysiske og psykiske reaktioner .....	7
3.2	PTSD og andre traumereaktioner .....	8
3.3	Sociale og adfærdsmæssige konsekvenser af traumer .....	8
3.4	Retraumatisering .....	9
4	Hvorfor fokusere på traumer i psykiatrien? .....	9
4.1	Tvang i psykiatrien kan traumatisere alle involverede.....	10
5	Hvad er en Traume-Bevidst Tilgang?.....	10
5.1	Grundlæggende antagelser .....	11
5.2	SAMHSA's 6 principper.....	12
5.2.1	Sikkerhed .....	12
5.2.2	Pålidelighed og gennemsigtighed.....	12
5.2.3	Peer støtte .....	12
5.2.4	Samarbejde og gensidighed .....	12
5.2.5	Empowerment, stemme og valgmuligheder .....	12
5.2.6	Kulturelle, historiske og kønsmæssige problemstillinger.....	12
5.3	Traumespecifik vs. traumebevidst .....	13
5.3.1	Traumespecifikke interventioner .....	13
5.4	Peers/medarbejdere og TBT.....	13
5.4.1	Levede erfaringer og problemstillinger .....	14
6	Hvordan relaterer TBT sig til igangværende projekter i psykiatrien i regionerne?.....	14
6.1	De seks kernestrategier og TBT .....	14
6.2	Safewards og TBT .....	17
6.3	Forhåndsftaler/kriseplaner/samarbejdsftaler og TBT .....	17

6.4	Deeskalering og TBT .....	18
6.5	Recovery og TBT .....	18
6.6	Guidet Egen-Beslutning og TBT .....	19
6.7	Fælles beslutningstagning og TBT .....	19
6.8	Arbejds miljø og TBT.....	20
7	Hvorfor indføre en Traume-Bevidst Tilgang? .....	20
7.1	Overvejelser om indførelse af TBT i Danmark.....	21
7.2	En model til implementering.....	22
7.2.1	Indledende planlægning .....	22
7.2.2	Opstartsarrangement .....	22
7.2.3	Opfølgning på kort sigt .....	22
7.2.4	Opfølgning på lang sigt.....	22
7.3	Screening/assessment.....	22
7.4	"Modenhedsmodel" .....	23
7.5	Uddannelse af medarbejdere.....	23
7.5.1	Hvordan håndterer og taler vi om traumer?.....	24
7.6	Fysisk miljø .....	24
7.7	Hvad forventer vi at en Traume-Bevidst Tilgang vil medføre?.....	25
8	Forskning og TBT .....	25
9	Kritik af TBT.....	26

## 1 Resumé

Formålet med beskrivelsen af en Traume-Bevidst Tilgang (TBT) er at skabe en fælles national forståelse af TBT konceptets begreber. Denne forståelse skal danne baggrund for det videre arbejde med at undersøge den tilgrundliggende evidens og beskrive mulighederne for at implementere TBT i en dansk praksis. Dokumentet er udarbejdet af det Nationale TBT-center (se beskrivelse i bilag 1). Centeret er et formelt netværkssamarbejde mellem brugere/patienter, pårørende, ledelser, klinisk personale og forskere i den danske psykiatri på regionalt niveau. Netværkets opgave er at vurdere, udvikle og afprøve en oversat og dansk tilpasset udgave af Trauma Informed Care (TIC). Den danske oversættelse af TIC er TBT, som er den betegnelse, der anvendes i dette dokument.

Dokumentet er ikke et videnskabeligt dokument. Dokumentet er et forståelsespapir, skabt ud fra andre landes erfaringer med begrebet.

Dokumentet indeholder en oversættelse af de fagligt bedst beskrevne, internationale retnings-

En traume-bevidst tilgang inkluderer seks principper:

1. *sikkerhed*
2. *pålidelighed og gennemsigtighed*
3. *peer-støtte*
4. *samarbejde, fælles beslutningstagning og gensidighed*
5. *empowerment*
6. *kulturelle, historiske og køns-mæssige problemstillinger.*

[Se kap. 5.2](#)

linjer om TBT. Disse blev sammenskrevet og bearbejdet til en dansk kontekst, det betyder dog ikke, at alle initiativer nødvendigvis kan overføres til en dansk kontekst, det må det videre arbejde med TBT vise.

Dokumentet er første version, der kan ændre sig i takt med, at der opbygges mere viden om begrebet.

I TBT defineres et traume således:

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

[Administration SAMHS. SAMHSA’s concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. 2014.](#)

TBT er ikke en behandlingsform, som f.eks. traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi, eksponeringsterapi eller EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), men en grundlæggende pleje- og behandlingsmæssig tilgang.

En psykiatrisk organisation (her menes hospital/afdeling/afsnit/bo-institution etc.) kan defineres som værende traumebevidst eller at arbejde med TBT, når alle medarbejdere i organisationen har en forståelse af, at traumer kan have en indgribende effekt på individet, familier, grupper, organisationer og samfund. Organisationen skal som helhed aktivt undgå retraumatisering ved, at medarbejderne forstår de mulige veje til recovery og genkender symptomer på traumer hos patienter, pårørende, personale og andre involverede i organisationen. Denne viden om traumer skal integreres i politikker, procedurer og praktiske handlinger i mødet med patienter og kolleger.

At integrere TBT i psykiatritilbud beskrives at gavne alle, ikke blot patienterne, men også deres familier, de fællesskaber de indgår i, psykiatritilbuddet og medarbejderne. TBT giver patienter flere muligheder for at indgå i tilbud, som har et

anerkendende og empatisk perspektiv på deres problemstillinger. TBT kan potentielt give patienterne med traumeoplevelser en øget følelse af sikkerhed og et grundlag for at forhindre alvorligere konsekvenser af traumatisk stress.

Kritikken mod TBT fra personer, der arbejder med TBT, er fortrinsvis den manglende stringens i metodologien og klarheden i konceptet. Nogle forfattere mener, at der er tale om veletablerede humanistiske principper, der bare er kommet i en ny "indpakning". Andre peger på det manglende fokus TBT har på historiske og politiske forhold i verden, der påvirker traumebelastningen i hele samfund.

På baggrund af det omfattende oversættelsesarbejde anbefaler TBT-centeret at der i det videre arbejde med TBT, udarbejdes et litteraturreview, og udvikles undervisningsmateriale. Herved kan der skabes et overblik over hvordan og hvilke dele, der indtil videre, er underbygget af evidens, og som kan implementeres i den danske psykiatri.

Desuden anbefales det, at TBT-centeret initierer eller støtter forsknings- og udviklingsinitiativer, der omhandler implementering, udvikling af Patient Related Outcome Measures (PROM) og anden form for impact af TBT.

## 2 Baggrund

I dette kapitel gennemgår vi formålet med dokumentet, definerer "et traume" og beskriver forekomsten af traumer.

### Benævnelsen "patient".

Et vigtigt element i TBT er ønsket om ikke at aktivere tidligere traumatiske oplevelser og at hindre stigmatisering. Nogle personer med sindslidelser oplever det stigmatiserende at blive kaldt "patient".

I dette dokument har vi valgt at bibeholde termen, da dokumentet fortrinsvis vil blive anvendt i den regionale psykiatri, hvor man anvender begrebet "patient" om en person, der modtager pleje og behandling. Vi anerkender, at nogle ville

have foretrukket en anden term. Begrebet "patient" betegner her alene den rolle i sygehuvæsenet, man har så længe, man er bruger af behandlingspsykiatrien.

Vi anvender begrebet "brugere" om personer, der anvender socialpsykiatriske- eller psykiatriske tilbud i primærsektoren. Man er patient eller bruger så længe, man modtager psykiatriske eller socialpsykiatriske ydelser.

### 2.1 Formål

Formålet med dokumentet er at beskrive TBT med henblik på at skabe en fælles national forståelse af konceptets begreber, så de kan anvendes og diskuteres i danske psykiatriske organisationer.

### 2.2 Hvad er et traume?

Ifølge de internationale definitioner, der anvendes i TBT, kan traumer opstå efter en enkelt hændelse, flere hændelser eller et sæt af omstændigheder, der opleves af den enkelte som fysisk eller emotionelt skadelige eller livstruende. Ikke alle personer, der er blevet udsat for en eller flere traumatiske oplevelser, rammes af vedvarende følger. Hvis traumet vedvarende påvirker individets funktionsevne og mentale, fysiske, sociale, emotionelle eller spirituelle trivsel i negativ retning, er personen traumeramt (1).

Traumer er et udbredt, skadeligt og dyrt folkesundhedsproblem. Typiske traumer er vold, mishandling, seksuelle overgreb, omsorgssvigt, tab, katastrofe, krig eller andre følelsesmæssigt skadelige oplevelser. Traumer har ingen grænser med hensyn til alder, køn, socioøkonomisk status, race, etnicitet, geografi eller seksuel orientering (2).

### 2.3 Forekomsten af traumer

Det er påvist, at der er en **sammenhæng** mellem omsorgssvigt i barndommen og en række psykiatriske sygdomme, herunder depression, angst, PTSD, spiseforstyrrelser, misbrug af euforiserende stoffer, seksuel dysfunktion,

personlighedsforstyrrelser og dissociative tilstande (3-5). Når ordet sammenhæng anvendes her, er der **ikke nødvendigvis tale om en ætiologisk- eller årsagssammenhæng**. I Danmark mener mange, at udvikling af psykisk sygdom kan

beskrives vha. "sårbarhedsmodellen", at man fødes med en vis genetisk sårbarhed, som kan påvirkes af stressorer eller miljøfaktorer livet igennem. Hvor traumer kunne være en type af stressorer.

*Tabel 1. Ifølge Adverce Childhood Experiences (ACE) studiet ses at jo mere traumatisk din barndom har været, desto større risiko er der for at udvikle helbredsproblemer senere i livet (6).*

Ud af 100 deltagere i studiet havde 33 ikke oplevet traumatiske oplevelser i barndommen*, 51 havde oplevet 1 til 3 traumatiske oplevelser og 16 havde oplevet mellem 4 og 8 traumatiske oplevelser.		
Ved ingen traumatiske oplevelser i barndommen var 1 ud af:	Ved tre traumatiske oplevelser i Barndommen var 1 ud af:	Ved mere end syv traumatiske oplevelser i barndommen var 1 ud af:
16 ryger	9 ryger	6 ryger
69 alkoholiker	9 alkoholiker	6 alkoholiker
480 stofmisbruger	43 stofmisbruger	30 stofmisbruger
14 led af hjertesygdom	7 led af hjertesygdom	6 led af hjertesygdom
96 forsøgte selvmord	10 forsøgte selvmord	5 forsøgte selvmord

\* Studiet registrerede 10 typer af traumatiske oplevelser i barndommen: Misbrug (fysisk, seksuelt, psykologisk), omsorgssvigt (følelsesmæssigt, fysisk), dysfunktionelle familieforhold (misbrug, skilsmisse, psykisk sygdom, mishandlet mor og kriminel adfærd)

Andre undersøgelser viser, at høj forekomst af traumatiske oplevelser blandt kvinder med misbrug nærmest er en overset epidemi. En canadisk undersøgelse fra 2008 undersøgte kvinder med depression og misbrug af alkohol. Den viste, at 80 % af deltagerne havde oplevet traumer.

I Danmark er forekomsten af traumer undersøgt mindst tre gange:

1. Den ene undersøgelse viser, at 82 % af patienter med svær psykiatrisk sygdom har oplevet alvorlige traumer, og 25 % af patienter indlagt på psykiatrisk afdeling har symptomer på PTSD (7).
2. Den anden undersøgelse viste, at 89% af personer, der oplevede første psykotiske episode (F20-F29), rapporterede om mindst et traume, mens kun 37% i kontrolgruppen af "raske" personer rapporterede om mindst et traume (8).
3. På Psykiatrisk Center Sct. Hans undersøgte man forekomsten blandt 131 patienter med dobbeltdiagnose og blandt 445 ansatte. Undersøgelsen viste, at 84 % (64 %) af patienter med dobbeltdiagnoser havde oplevet mindst

et traume. 1 % (0 %) havde oplevet otte livstidstraumer. Tallene i parentes gælder for forekomsten blandt ansatte (9).

## 2.4 Historisk baggrund

I 1998 blev ACE studiet gennemført, der viste en sammenhæng mellem traumer i barndommen og en lang række af negative effekter senere i livet f.eks. misbrug eller hjertesygdom.

I 2001 udgav Harris og Fallot bogen "Using Trauma Theory to Design Service Systems", der beskrev, hvad der skulle til for at skabe traumebevidste pleje- og behandlingssystemer. Samme år skabte 12 stater et uformelt netværk (State Public Systems Coalition On Trauma) for at dele ideer og understøtte udviklingen af traumebevidste pleje- og behandlingssystemer i USA.

Det udviklede sig de næste år, og i 2004 blev en liste af kriterier, om hvordan man opbyggede traumebevidste systemer, udgivet (Trauma Services Implementation Toolkit for State Mental Health Agencies, Jennings, 2004). Samme år begyndte den føderale amerikanske organisation, Substance Abuse and Mental Health Services

Administration (SAMHSA)<sup>1</sup> arbejdet med at beskrive, udvikle, undervise og forske i området. På den baggrund øgedes antallet af institutioner, som arbejdede traumebevidst, og ideen blev herefter global.

TBT blev officielt introduceret i dansk psykiatri i forbindelse med regeringens Udvalg om Psykiatris arbejde i 2013, og i 2015 blev TBT gennemgået på en national konference i Nyborg, hvor temaet var forebyggelse af tvang.

I slutningen af 2018 blev der taget initiativ til oprettelse af det Nationale TBT Center, der er et virtuelt center. Det er et formelt netværkssamarbejde mellem brugere/patienter, pårørende, ledelser, klinisk personale og forskere i den danske psykiatri på regionalt niveau. Netværket er opbygget med en styregruppe, bestående af den Tværregionale følgegruppe for Partnerskabsaftalen (tvang) og initiativtagerne. Netværkets opgave er at vurdere, udvikle og afprøve en oversat og dansk tilpasset udgave af TBT.

#### Litteratur

- 1 Administration SAaMHS. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. 2014.
- 2 Gates J, Reynolds W, Wyk LV, Amos J. Trauma Matters. Guidelines for trauma-informed practices in women's substance abuse services. Toronto, ON: Jean Tweed Centre; 2013.
- 3 Read J, Hammersley P, Rudegeair T. Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007;13(2):101-10.
- 4 Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GPJTBJoP. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. 1993;163(6):721-32.
- 5 Lipschitz DS, Kaplan ML, Sorkenn JB, Faedda GL, Chorney P, Asnis GMJPS. Prevalence and characteristics of physical and sexual abuse among psychiatric outpatients. 1996.
- 6 Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.

---

<sup>1</sup> SAMHSA er en føderal amerikansk organisation, der refererer til sundhedsministeriet (Department of Health and Human Services). SAMHSA har til opgave at støtte staterne i at udvikle og tilbyde tiltag, der mindsker effekterne af

American Journal of Preventive Medicine. 1998;14(4):245-58.

- 7 Buhmann C, Rosenberg R. Unpublished Work. 2018.
- 8 Trauelsen AM, Bendall S, Jansen JE, Nielsen H-GL, Pedersen MB, Trier CH, et al. Childhood adversity specificity and dose-response effect in non-affective first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*. 2015;165(1):52-9.
- 9 Bak J, Boholdt-Petersen M, Hvidhjelm J. Frequency of lifetime trauma at Mental Health Center Sct. Hans. 2019.

### 3 Hvad er "almindelige" traumereaktioner?

Traumer kan påvirke os på utallige måder. Reaktionen kan være kortvarige eller langvarige, lette eller alvorlige. Jo tidligere et traume forekommer, jo længere det varer, og des sværere det er, som f.eks. overgreb og omsorgssvigt i barndommen, jo mere alvorlige kan konsekvenserne være. Traumer kan ændre alle områder af et menneskes liv. Vi præsenterer her de mest almindelige fysiske og psykiske samt sociale reaktioner, og benævner kort andre konsekvenser såsom forringelse af det fysiske helbred og tidligere død (1-3).

#### 3.1 Almindelige fysiske og psykiske reaktioner

De akutte fysiologiske reaktioner på traumer omtales ofte som kamp-flugt-frys mekanismen eller stressrespons. Det er en frygtreaktion og kroppens naturlige respons på oplevet eller reel trussel, hvilket hjælper med at øge overlevelsen. Ved kamp-flugt responset frigives bl.a. adrenalin, der øger blodtilførslen til arme og ben, så kroppen bliver klar til at kæmpe eller løbe for livet. Ved frys responset lukker krop og/eller sind ned, f.eks. for at kunne ligge helt stille til faren er ovre eller for at "forsvinde" mentalt. Kamp-flugt-frys responset er en helt naturlig og sund reaktion. Problemet er, hvis det varer ved. En traumatisk

misbrug og psykisk sygdom på det amerikanske samfund, heriblandt har de udviklet TBT.

begivenhed kan nemlig sætte kroppens stressrespons-system (kamp-flugt-frys mekanisme) ud af balance, så personen forbliver i et øget eller nedsat alarmberedskab eller, som oftest svinger mellem hyper- og hypoaktivitet.

Det øgede alarmberedskab kan medføre søvnforstyrrelser; irriterabilitet eller vredesudbrud; koncentrationsbesvær; øget vagtsomhed og tilbøjelighed til at "fare sammen".

Det nedsatte alarmberedskab kan medføre dissociation, hvor personen oplever situationen udefra med følelsen af at være uden for sin krop. Det kan være så voldsomt, at man besvimer eller stivner fuldstændigt som en slags primitiv (og ubevidst) spil-død strategi. Til disse reaktioner kan høre ekstrem apati, føjelighed og/eller stille gråd.

Undgåelse er også en almindelig reaktion, hvor man aktivt forsøger at undgå tanker, følelser eller situationer, der minder om traumet. Dertil kan man have genoplevelser af traumet såsom tilbagevendende og påtrængende minder om begivenheden i billeder, tanker og/eller sansninger; flashbacks med genoplevelse af traumet, som om det sker nu og her; mareridt med genoplevelse af traumet i en drøm; samt stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet. Der er ikke altid en oplagt udløsende årsag - også kaldet en trigger. En trigger kan være hvad som helst, såsom bestemte situationer eller sanseindtryk (f.eks. lyde, lugte og berøring). Et eksempel kunne være duften af roser, hvis der altid duftede af roser dér, hvor overgrebene fandt sted (4).

### 3.2 PTSD og andre traumereaktioner

Hvis man har været udsat for en exceptionel svær belastning og både har øget alarmberedskab, undgåelsesadfærd og genoplevelser, så kaldes det en posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD).

Hvis man har været udsat for andre ikke-exceptionelt svære belastninger igennem længere tid, og i forløbet får depressive, adfærdsmæssige eller angstprægede symptomer, anspændthed, ulyst og oplevelsen af tab af selvkontrol, kan man have en tilpasningsreaktion. Dertil kan traumer øge risikoen for stort set alle psykiske lidelser f.eks. angst, depression, personlighedsforstyrrelser, psykoser og bipolar lidelse (5).

### 3.3 Sociale og adfærdsmæssige konsekvenser af traumer

Almindelige sociale konsekvenser af traumer er svære at beskrive, da alle har deres individuelle mestringsstrategier og sociale støtte eller mangel herpå. Nogle viser ikke klare tegn på følelsesmæssig ubalance, så man bør altid være åben over for muligheden for, at den man hjælper, har været udsat for traumer.

Gentagne barndomstraumer såsom overgreb og omsorgssvigt kan give så grundlæggende en mistillid, at man taler om tilknytningstraumer eller relationstraumer, hvor barnet grundlæggende er utrygt og kun lige overlever. Traumerne ødelægger barnets tillid til sig selv og andre mennesker og overvælder det med håbløshed og magtesløshed. Dette kan vare ved op i voksenalderen. Det kan derfor blive vanskeligt at tage imod hjælp og fører let til isolation fra andre. Dertil kan det øgede beredskab gøre, at sociale situationer og sanseindtryk (såsom lugte, lyde og billeder) føles så voldsomme, at man undgår udsættelse herfor og derfor isolerer sig i hjemmet. Nogle er måske blevet vant til, at deres verbale ønsker ikke bliver respekteret, hvorfor de prøver med mere ekstrem adfærd for at blive hørt. Dette kaldes uhenigtsmæssig mestring<sup>2</sup> og kan inkludere selvskade og selvmordsforsøg, stort brug af alkohol, stoffer, tobak og mad og anden risikofyldt adfærd som f.eks. risikofyldt seksuel adfærd. Derfor er det så vigtigt, at der i psykiatrien er fokus på traumer, så brugere og medarbejdere kan

---

<sup>2</sup> Uhenigtsmæssig mestring kan også opstå af andre årsager.



være trygge og ikke have behov for at gøre brug af uhensigtsmæssige mestringsstrategier

Traumer øger risikoen for en række fysiske lidelser samt tidlig død. De fysiske lidelser er bl.a. kræft, kroniske lungelidelser og iskæmisk hjertesygdom. Dertil øger traumer risikoen for, at man står uden for arbejdsmarkedet og i det hele taget har svært ved at indgå i samfundet.

Alle disse psykiske, fysiske, følelsesmæssige og sociale problemer kaldes også for senskader, hvis de følger efter barndomstraumer. Det står klart, at senskader gør livet svært for den enkelte og nedsætter livskvaliteten (1, 5, 6).

### 3.4 Retraumatisering

Retraumatisering bruges om det, at et nyt traume på en eller anden måde minder om et tidligere traume i så høj en grad, at det genaktiverer de oprindelige fysiske og psykiske traume-reaktioner, som kendetegnede reaktionen efter primærtraumet. Retraumatiseringen kan for en udenforstående virke meget voldsommere, end situationen giver grund til, men det skyldes, at fortiden blander sig med de aktuelle begivenheder

I psykiatrien, hvor så mange er traumeramte, er der derfor en stor risiko for, at patienterne kan blive retraumatiserede, hvis vi ikke er bevidste om denne risiko. Retraumatisering kan være endnu mere hyppig, hvis man har været udsat for traumer i barndommen, da vedkommende ikke har fået sunde mestrings-strategier med sig, som kan anvendes til at bearbejde og håndtere nye udfordringer og belastninger (1).

#### Litteratur:

- 1 Administration SAaMHS. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
- 2 Administration SAaMHS. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. 2014.
- 3 Sweeney A, Filson B, Kennedy A, Collinson L, Gillard S. A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych advances*. 2018;24(5):319-33.
- 4 Gates J, Reynolds W, Wyk LV, Amos J. Trauma Matters. Guidelines for trauma-informed practices in women's substance abuse services. Toronto, ON: Jean Tweed Centre; 2013.

- 5 Bolton MJ, Matthews C, McKellar M, Proulx J, Wall T, Willette C, et al. Trauma Informed: The Trauma Toolkit. A resource for service organizations and providers to deliver services that are trauma-informed. 2. ed: Clinic Community Health Centre Winnipeg, Canada; 2013.

- 6 SPOR L. Senfølger - angst - ensomhed Frederiksberg: Landsforeningen SPOR; 2016 [Available from: <https://www.landsforeningen-spor.dk/>].

## 4 Hvorfor fokusere på traumer i psykiatrien?

Virkningerne af traumatiske begivenheder lægger store byrder på enkeltpersoner, familier og lokalsamfund og skaber udfordringer for offentlige institutioner og servicesystemer. Selvom mange mennesker, der oplever en traumatisk begivenhed, fortsætter deres liv uden varige negative følger, vil andre have større problemer og opleve traumatiske stressreaktioner. Der er beskrevet en sammenhæng mellem eksponering for traumatiske hændelser, svækkede neurodevelopmentale og immunsystemreaktioner og efterfølgende risiko for kroniske, fysiske eller adfærdsmæssige sundhedsproblemer. Ubehandlede traumer øger væsentligt risikoen for psykiske sygdomme, misbrug og kroniske fysiske sygdomme (1).

Psykiatriske patienter, der er blevet seksuelt og fysisk misbrugt i barndommen, bliver indlagt for første gang i en tidligere alder, deres indlæggelser er hyppigere og længere, de bliver oftere udsat for tvang, modtager mere medicin, er mere selvskadende og helheden af deres symptomer fremtræder mere alvorligt (2-4). De har højere risiko for at begå selvmord end personer, der ikke har oplevet den type overgreb (4, 5).

En enkelt undersøgelse viste, at selvmord kunne forudsiges bedre af traumer i barndommen end af en aktuel depressionsdiagnose (6).

Andre undersøgelser har vist, at sammenhængen mellem barndomstraumer og psykisk sygdom styrkes med antallet af traumer. En stor hollandsk undersøgelse, viste, at de, der havde oplevet "moderate" traumer gennem barndommen, havde 11 gange højere risiko for at udvikle en psykose end personer, der ikke havde været udsat for traumer i barndommen. For personer,

der havde været udsat for "alvorlige" traumer, var denne risiko 48 gange højere (7, 8).

Forskning har også afdækket at med støtte og hjælp, kan traumatiske oplevelsers virkning mindskes og mestres, men mange får ikke denne hjælp og støtte (1).

#### 4.1 Tvang i psykiatrien kan traumatisere alle involverede

Bæltefiksering, fastholdelse, medicinering med tvang, kropsvisitering og konstant observation er alle tiltag, der kan retraumatisere. Ifølge Brophy, 2016 (9), tyder det på, at patienter, der overværrer traumatiserende begivenheder under indlæggelse i psykiatrien, f.eks. overfald iblandt andre patienter, kan opleve retraumatisering. I undersøgelsen påpeges det, at psykiatriske patienter og ansatte ofte henviser til, at manglende forståelse for traumer er en hindring i at forebygge tvang.

Anvendelse af tvang kan også være traumatiserende for ansatte, der udøver tvangen eller overværrer dens anvendelse, hvilket yderligere støtter behovet for indførelse af andre tilgange, hvor risikoen for traumer er mindre (10).

En begivenhed, der har vedvarende negativ virkning på en person, kaldes for et primært traume. Bliver en person traumatiseret af at høre en anden eller andre fortælle om deres traumatiserende oplevelser uden selv at have oplevet den traumatiske hændelse, kaldes det for sekundær traumatisering. Her er det den oplevede fortælling, som traumatiserer. Personer, hvis arbejde knytter sig til traumeramte brugere, kan opleve sekundær traumatisering. Således kan ansatte i psykiatrien være udsat for begivenheder, der kan opleves traumatiserende, både primært og sekundært.

Derfor handler TBT om generelt at skabe et miljø, der er trygt og sikkert for alle og forebygge både primær og sekundær traumatisering.

#### Litteratur

- 1 Gates J, Reynolds W, Wyk LV, Amos J. Trauma Matters. Guidelines for trauma-informed practices

in women's substance abuse services. Toronto, ON: Jean Tweed Centre; 2013.

- 2 Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly JJPI, Processes B. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. 2001;64(4):319-45.
- 3 Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GPJTBJoP. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. 1993;163(6):721-32.
- 4 Lipschitz DS, Kaplan ML, Sorkenn JB, Faedda GL, Chorney P, Asnis GMJPS. Prevalence and characteristics of physical and sexual abuse among psychiatric outpatients. 1996.
- 5 Read J, Hammersley P, Rudegeair T. Why, when and how to ask about childhood abuse. Advances in Psychiatric Treatment. 2007;13(2):101-10.
- 6 Read J. Child abuse and severity of disturbance among adult psychiatric inpatients. J Child Abuse Neglect. 1998;22(5):359-68.
- 7 Read J. To ask, or not to ask, about abuse--New Zealand research. American Psychologist. 2007;64(2):325-6.
- 8 Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. 2004;109(1):38-45.
- 9 Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BMJAhr. Consumers' and their supporters' perspectives on barriers and strategies to reducing seclusion and restraint in mental health settings. 2016;40(6):599-604.
- 10 Sweeney A, Filson B, Kennedy A, Collinson L, Gillard S. A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. BJPsych advances. 2018;24(5):319-33.

## 5 Hvad er en Traume-Bevidst Tilgang?

TBT er en tilgang, hvor det psykiatriske tilbud er funderet i en forståelse af og reagerer på traumets effekt på individet. Tilbuddet skaber fysisk, psykologisk og emotionel sikkerhed for både personale og patienter og muligheder for, at traumeramte kan genopbygge en følelse af kontrol og empowerment. Det indebærer også, at der skabes en årvågenhed i forhold til at forebygge og undgå institutionelle processer og individuelle praksisser, der har risiko for at retraumatisere personer, som tidligere har oplevet traumatiske begivenheder. Ydermere er det vigtigt, at traumeramte deltager i udviklingen, udførelsen og

evalueringen af de ydelser, der tilbydes i den traumebevidste tilgang (1).

Tabel 2: Traumebevidst vs. Ikke traumebevidst

Traumebevidst	IKKE Traumebevidst
Anerkendelse af den høje forekomst af traumer.	Manglende uddannelse og bevidsthed om forekomst af traumer.
Anerkendelse af traumereaktioner og deres forbindelse med komorbide lidelser.	Fejl- eller overdiagnosticering af psykiatriske lidelser.
Screeningsproces, der giver den enkelte mulighed for at identificere, hvis det ønskes, at vedkommende har oplevet traumer.	Hastig eller ingen screeningsproces for traumer eller for nærgående spørgsmål vedrørende traumatiske oplevelser.
Anerkendelse af kultur og/eller praksisser, der kan være retraumatiserende.	Fastholdelse af traumatiserende kultur og en afhængighed af konfronterende tilgange.
Ligeværdighed og medbestemmelse; bruger og organisationen arbejder sammen.	Kontrollen er hos organisationen; uflexibel fokus på regler, rammer og overholdelse af disse.
Kompetenceudvikling støttet af klinisk vejledning gør det muligt for personalet at forstå funktionen af den traumeramtes handlinger og reagere på traumereaktionerne og tilpasse pleje og behandlingen derefter.	Mangel på kompetencer fører til, at personalet giver den, traumeramte "skylden" (da vedkommende anses for at være "alt for kompliceret", "opmærksomhedsøgende", "i benægtelse", "ikke klar til behandling" osv.), eller personalet giver utilstrækkelig pleje og behandling på grund af manglende viden om traumatet.
Sprogbrugen er ikke-dømmende og imødekommende. TBT kan aflæses i sproget "hvad er der sket for dig", man anvender "personen først sprog" derefter ex. diagnosen.	Stigmatiserende sprogbrug som fx "manipulerende", "opmærksomhedsøgende", "provokerende" og "modvillig".
Gennemskuelig organisation, hvor der er åbenhed for at inddrage relevante parter udenfor organisationen.	Organisationen har den holdning at "vi er eksperterne".
Udviser respekt i interaktioner med den traumeramte: respektfuld påmindelse om aftaler, anmodninger, medicintider osv. Fx spørg "kan jeg hjælpe?".	Udviser manglende respekt i interaktioner: råber "frokost" eller "medicin". Spørger "Hvorfor gjorde du det?" eller "Hvad er der galt med dig?".
Svar, der fokuserer på løsninger og involverer den traumeramte og giver mulighed for forståelse og forhandling.	Indførelse af automatiske og uflexible konsekvenser for "regelbrud".
Inddragelse i planlægning af pleje og behandling.	Fortæller den traumeramte, hvad der er bedst for vedkommende.

## 5.1 Grundlæggende antagelser

I en traumebevidst tilgang har alle på alle niveauer i organisationen en grundlæggende erkendelse af traumer og forstår, hvordan traumer kan påvirke familier, grupper, organisationer og lokalsamfund såvel som enkeltpersoner. Personer i organisationen eller systemet er også i stand til at genkende tegnene på traumer.

Organisationen eller systemet reagerer ved at anvende principperne for TBT til alle funktionsområder. Organisationen eller systemet integrerer en forståelse af, at oplevelsen af traumatiske begivenheder påvirker alle involverede mennesker enten direkte eller indirekte.

En traumebevidst tilgang søger at modstå traumatisering af såvel traumeramte patienter som personale (2).

## 5.2 SAMHSA's 6 principper

SAMHSA har udviklet seks organisatoriske principper, der beskriver organisationer, der arbejder med TBT.

### 5.2.1 Sikkerhed

Hele organisationen forstår, at sikkerhed og tryghed som defineret af patienterne er prioriteret højt. Personale og patienter oplever, ligegyldigt om det er børn eller voksne, et fysisk og psykologisk sikkert og trygt miljø. Det fysiske miljø er sikkert, og de interpersonelle interaktioner fremmer en oplevelse af sikkerhed og tryghed.

### 5.2.2 Pålidelighed og gennemsigtighed

Organisatoriske processer og beslutninger bliver gennemført af personale og andre involverede i organisationen. Processerne er transparente og åbne med det mål at opbygge og opretholde tilliden fra patienter/brugere og pårørende.

### 5.2.3 Peer støtte

Peer støtte og indbyrdes "selvhjælp" er nøgleområder til at skabe tryghed og håb. Herigennem opbygges tillid. Samarbejdet styrkes og livshistorier og levede erfaringer nyttiggøres til at fremme recovery og helbredelse. Benævnelsen peers refererer til individer, der har erfaringer med traumer og har udviklet kompetencer på den baggrund. Hvis der er tale om børn, kan det være familiemedlemmer til børn, der har oplevet traumatiske begivenheder, og som er vigtige omsorgspersoner i børnenes recovery.

### 5.2.4 Samarbejde og gensidighed

Organisationen lægger vægt på at skabe partnerskaber og at udjævne magtforskellene mellem personale og patienter. Det samme bør ske indbyrdes mellem organisationens personale, fra sekretærer og rengøringspersonale til fagprofessionelle og administratorer for at demonstrere, at helbredelse sker i mellemmenneskelige forhold og i meningsfuld deling af magt og beslutningstagning. Organisationer anerkender, at alle spiller en vigtig rolle i denne tilgang.

### 5.2.5 Empowerment, stemme og valgmuligheder

I organisationen og blandt patienter/brugere bliver individuelle ressourcer og erfaringer anerkendt og opbygget. Organisationer opbygger, sammen med patienter, en tro på det mulige i at opbygge resiliens (ukuelighed) og en tro på, at det er muligt for den enkelte, organisationen og samfundet at helbrede og fremme recovery fra de negative effekter af oplevede traumer. Organisationer forstår, at de traumatiske oplevelser kan være et "samlende/forenende" aspekt i livet for dem, der leder organisationen, dem der tilbyder pleje og behandling og/eller patienter. Som sådan er arbejdsgange, kompetenceudviklingen og tilbuddet organiseret til at skabe empowerment for både patienter og personale. Organisationer forstår, hvordan nogle patienter historisk set er blevet frarøvet deres stemme og frie valg og ofte underlagt tvangsforanstaltninger. Patienter bliver støttet i fælles beslutningstagning (shared decision-making), det at tage valg og sætte mål for at beslutte, hvordan handlingsplanen skal sammensættes, så den bedst understøtter deres vej mod personlig recovery. De bliver støttet i selvstændigt at tage beslutninger, der vedrører deres eget liv. Personalet faciliterer recovery i stedet for at styre eller kontrollere den, og de modtager løbende supervision af deres arbejde. Ligeledes bliver personalet støttet i at kontrollere og tage ansvar for deres eget arbejde, og dette bliver gjort muligt af tilstrækkelig organisatorisk opbakning. Dette er en parallel proces, fordi personalet har brug for at føle sig sikre/trygge på samme måde som patienterne.

### 5.2.6 Kulturelle, historiske og kønsmæssige problemstillinger

Organisationer bevæger sig aktivt væk fra kulturelle stereotyper og fordomme (fx baseret på race, etnicitet, seksuel orientering, alder, religion, kønsidentitet, etc.). Organisationer har tilbud, der tager hensyn til kønsmæssige forhold (f.eks. afsnit kun for kvinder eller kønsopdelte aktivitetstilbud), og den udnytter den helbredende værdi af traditionelle kulturelle forbindelser. Ligeledes inkorporerer organisationer

individets racemæssige, etniske og kulturelle fordringer i politikker, procedurer og processer samt anerkender og adresserer historiske traumer (2).

### 5.3 Traumespecifik vs. traumebevidst

At være traumespecifik (eng: trauma-specific services) eller traumebevidst (eng: trauma-informed care) anvendes ofte som synonymmer, begge er omsorg for mennesker, der har været udsat for traumatiske begivenheder. Traumespecifik

tilgang er specifikke terapeutiske interventioner, mens traumebevidst tilgang omhandler organisatorisk kultur og praksis. Traumespecifikke ydelser er kliniske interventioner, der er designet til at imødegå traumerelaterede symptomer og PTSD hos enkeltpersoner og grupper. Derimod er den traumebevidste tilgang en universel ramme, der kræver ændringer i praksis, politikker og kultur af en hel organisation, så alle medarbejdere har en bevidsthed, viden og færdighed, som er nødvendig for at støtte traumeramte.

Tabel 3: Traume Bevidst Tilgang vs. Traume Specifik Tilgang

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

#### 5.3.1 Traumespecifikke interventioner

Herunder vises eksempler på terapeutiske traumespecifikke tiltag, der adresserer traumatisk stress, der udviklede sig under eller efter traumer.

- Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT), (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006)
- Child-Parent Psychotherapy (CPP), (Liebermann, Ghosh Ippen, & Van Horn, 2006; Lieberman, Van Horn, & Ippen, 2005)
- Seeking Safety (SS), (Najavits, 2004)
- Prolonged Exposure (PE) Therapy, (Foa, E. B., & Kozak, M. J., 1986)
- Cognitive Processing Therapy (CPT), (Monson et al., 2006)

- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), (Shapiro, 1995)
- Systemic interventions (Carr, 2019)

### 5.4 Peers/medarbejdere og TBT

Patienters og medarbejders traumehistorik skaber mange kliniske udfordringer.

#### Selvbevidsthed og "egenomsorg"

Selvbevidsthed defineres, som det at vide nok om sig selv (hvad udvikler dig, hvad er dine sårbarheder, hvad gør dig urolig) med det formål at være i stand til at holde forbindelsen til sig selv og til andre. "Selvpleje eller omsorg" defineres som det at bruge denne viden til at skabe rutiner, der holder en sund. At udvikle selvbevidsthed kræver tid og plads til refleksion. Det er



vigtigt at lære metoder til at håndtere sin egen stress og være i stand til at respektere egne grænser og behov.

Egenomsorg handler om at styrke sin evne til at være ansvarlig for sit eget liv. Man skal *vælge egenomsorgsteknikker, der fungerer for en selv*. Der er fire primære komponenter i egenomsorg: fysisk sundhed, intellektuel sundhed, følelsesmæssig sundhed og åndelig sundhed. Alle fire er lige vigtige. Du kan tænke på egenomsorg som de fire ben på en stol. Hvis et ben er kort, ryster hele stolen; hvis det er *for* kort, vælter den.

### **Brug egen historie til at skabe håb og forbindelse**

Erfaringsudvekslinger og deling af oplevelser mellem peers, medarbejdere og patienter kan være en konstruktiv måde at indgå i relationer på. Kvaliteten af kontakten og forbindelsen til et andet menneske bliver anderledes med mere deltagelse og mindre observation. Livsmaterialet kan være en del af en kommunikation og kan tjene til, at andre ikke føler sig alene (og forladt), og være en vigtig del af oplysning og uddannelse. At kunne inddrage sig selv betyder, at man er med til at fjerne myter om, hvad det vil sige at være traumeramt, at have en psykiatrisk og/eller misbrugsdiagnose eller at have oplevet tvangsindlæggelse, hjemløshed e.l. Som peer foreligger muligheden for at være rollemodel eller være den, der via sit eget eksempel sår et frø i en anden.

Idet man deler ud af sit private eller personlige lager af historier, er det uomgængeligt at være bevidst om sine egne grænser. Hvornår og hvor meget man vil vælge at dele med andre, skal man kunne vurdere efter bedste evne. Det er nemt nok at blive grebet af en stemning og for at forebygge, at en peer-medarbejder bliver grænseløs i sin deltagelse i en relation, skal vedkommende have gennemført en uddannelse, der medfører, at brugerkompetencer er blevet udviklet med udgangspunkt i de levede erfaringer (3).

### **5.4.1 Levede erfaringer og problemstillinger**

Peer-medarbejdere bør være opmærksom på traumerelaterede symptomer og lidelser, og på hvordan de påvirker patienter i psykiatrien. På den anden side er det også nødvendigt, at peers er i stand til at passe på sig selv. Det er selvsagt uhensigtsmæssigt, hvis en peer bliver trigget af f.eks. en patients symptomer og reaktioner. En peer skal være i stand til at mærke sine egne grænser, ligesom en peer skal kunne vurdere og respektere en patients. Dvs., at peers skal være differentierede for at kunne fungere ordentligt på en betryggende måde. Det forudsætter, at peers bliver uddannet specifikt med henblik på TBT (4).

#### **Litteratur**

- 1 Administration SAaMHS. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
- 2 Administration SAaMHS. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. 2014.
- 3 Blanch A, Filson B, Penney D, Cave C. Engaging women in trauma-informed peer support: A guidebook. Alexandria, VA: National Center for Trauma-Informed Care; 2012.
- 4 Farley M, Golding JM, Young G, Mulligan M, Minkoff JR, Josat. Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. 2004;27(2):161-7.

## **6 Hvordan relaterer TBT sig til igangværende projekter i psykiatrien i regionerne?**

Der er mange initiativer i gang i psykiatrien, som for manges vedkommende understøtter implementeringen af TBT godt, fordi man herigennem arbejder med strukturer i organiseringen, der skaber et anerkendende miljø, hvor patienterne oplever god støtte og indflydelse på egen recoveryproces.

### **6.1 De seks kernestrategier og TBT**

"De seks kernestrategier" er udviklet i USA af National Association of State Mental Health

Program Directors. Det er organisatoriske strategier for at eliminere anvendelsen af tvang i psykiatrien. Der findes omfattende forskningslitteratur, der viser en reduktion i anvendelsen af tvang efter implementering af "de seks kernestrategier". De er implementeret flere steder i verden og anvendt som skabelon til udfærdigelse af regionernes partnerskabsaftaler med

Sundhedsministeriet. Oprindeligt var TBT skrevet ind i de seks kernestrategier, som underliggende tilgange personalet skal undervises i sammen med recoverybegrebet. I dag er TBT nærmest beskrevet på samme måde som de seks kernestrategier som selvstændige strategier. Tabellen viser det store sammenfald, der er mellem de to.

Table 5: Sammenfald mellem "De seks kernestrategier" og TBT

De Seks Kernestrategier (1)	TBT (2)
<p><b>1. Ledelse med henblik på organisationsændringer</b></p> <p>Konsekvent og løbende involvering af den overordnede ledelse.</p> <p>Udarbejde og beskrive visioner, værdier og filosofi for eliminering af tvang.</p> <p>Udvikling og implementering af en målrettet organisatorisk plan, baseret på forebyggelse.</p> <p>Fastholde organisationens fokus på planen.</p> <p>Effektiv ændringsledelse, der inkluderer alle interessenter.</p>	<p><b>1. Effektiv ledelse</b></p> <p>Ledelsen prioriterer reduktion af diskrimination, stigmatisering, tvangspraksisser, medarbejderbårne konflikter og manglen på oprigtig inddragelse af patienten. Det opnås ved at definere og artikulere kerneværdier og ved, at ledelsen tager en aktiv rolle i at sikre, at behandlingssystemet er traumebevidst.</p>
<p><b>2. Anvendelse af data til informationsbaseret praksis</b></p> <p>Indsamle, analysere og anvende data til at styre kvalitetsudviklingen.</p> <p>Sætte mål og kontinuerligt måle fremskridt.</p> <p>Data skal ikke kun handle om antal tvangsfikseringer men også indikatorer på organisationens kultur som: nærvæd hændelser/effektive interventioner, patientskader, personale-skader, arbejdsskadeerstatninger, personaleomsætning, sygedage, patienttilfredshedsmålinger, personale trivelsesscreening, etc.</p>	<p><b>2. Anvendelse af data</b></p> <p>Data bruges til at analysere brug af tvang, selvskade, aggression, medarbejderinvolvering i konflikter, patienttilfredshed eller andre variabler, som organisationen ønsker at måle.</p> <p>Dette omfatter gennemførelse af journalaudits og tvangsdata for at vurdere, om kritiske traumebevidste komponenter fremgår i journaler og anden dokumentation. Identificering af baselines vil gøre det muligt at sætte forbedringsmål på alle områder af behandlingen og monitorere disse over tid.</p>
<p><b>3. Personaleudvikling</b></p> <p>Opbygge en pleje og behandling der er baseret på viden og principper om recovery.</p> <p>Skabe et miljø der modvirker tvang og konflikter.</p> <p>Intensiv og kontinuerlig oplæring og uddannelse.</p> <p>Vejledning af mentorer, supervision og opfølgning.</p> <p>Uddannelsen indeholder forståelsen for traumers effekt, principperne for recovery og forebyggelse af tvang og konflikter.</p> <p>Personalet skal støttes, værdsættes og udvikles.</p> <p>Integration af hver enkelt medarbejders behov og personlige ressourcer i arbejdet.</p>	<p><b>3. Kompetenceudvikling</b></p> <p>Medarbejderne sikres kompetenceudvikling, så de får en forståelse for principperne i traumebevidst tilgang, herunder personcentreret pleje, valg, respekt, værdighed, samarbejde, selvforvaltning og fuld inklusion.</p> <p>Denne intervention er designet til at skabe et miljø/en kultur, der gør det mindre sandsynligt, at der opstår konflikter og anvendes tvang. Det gennemføres primært gennem personaletræning og uddannelse og HR-aktiviteter.</p>
<p><b>4. Anvendelse af forebyggelsesværktøjer</b></p> <p>Individuel pleje og behandling.</p>	<p><b>4. Identificering og forvaltning af risikofaktorer</b></p> <p>Identificering og forvaltning af risikofaktorer i forbindelse med konflikt og vold. Gennem brugen af</p>

“Strength-based” behandling der fokuserer på patientens selvbestemmelse og styrker.

Traumescreening -og vurdering.

Anvendelse af risikovurderinger (BVC, START, HCR-20, etc.).

Ændringer i miljøet der fremmer velvære/hygge, ned-sætter konfliktniveauet og skaber mulighed for at anvende forebyggende strategier i praksis (sanserum, motionsrum, bibliotek, etc.).

Anvende selvmodulerende interventioner (sansenprofiler, kriseplaner, forhåndstilkendegivelser, etc.).

Fremme patienternes selv-forvaltningsevner (recovery).

traumebevidste risikovurderingsstrategier forebygges eller reduceres konflikter og vold. Dette omfatter både at identificere og håndtere individuelle og miljømæssige risikofaktorer for at forhindre anvendelsen af tvang og identificering af og håndtering af fysiske og medicinske risikofaktorer for at undgå skade eller dødsfald i forbindelse med fiksering og fastholdelse.

Gennemførelse af traumesensitive behandlingstilbud.

Traumesensitiv behandling kræver, at medarbejdere bliver opmærksomme på traumer. Dette omfatter brugen af traumescreening for alle patienter (og muligvis også personale) og udvikling af krise- eller sikkerhedsplaner baseret på identifikation af individuelle triggere. Behandlingstilbuddet skal sikre samarbejde med og inddragelse af patienterne om at udvikle individuelle plejeplaner og om at fremme evnen til følelsesregulering og mestring.

For personer med vedvarende symptomer på akut belastningsreaktion eller PTSD omfatter en traumefølsom behandling også tilgængeligheden af traumaspecifikke tjenester.

#### **5. Brugerens rolle i psykiatriske afsnit/afdelinger**

Hel og formel inklusion af patienter, børn, familie og andet netværk i forskellige roller og i alle niveauer af organisationen.

Patienternes superviserende rolle øges.

Patienternes erfaringer indarbejdes i alle dele af organisationen.

“Intet om os – uden os”.

#### **5. Patientens og pårørendes rolle**

Hel og formel inklusion af patienter, børn, familie og andet netværk i forskellige roller i organisationen til at støtte implementeringen af traumebevidste pleje- og behandlingsprincipper.

For at understøtte gennemførelsen af de traumebevidste plejebegreber sikres sparring og involvering af både patienten, pårørende og andre, der taler patienternes sag i udviklingen af organisationen.

Patienter gives i størst mulig omfang mulighed for at foretage valg om behandling og inddrages i alle beslutninger. Medarbejdere involverer pårørende og andre, der har en rolle som fortaler for patienten (fx peer-medarbejdere og patientrådgivere), hvor det er muligt.

Patienter, pårørende og peers er repræsenteret i udvalg og arbejdsgrupper i hele organisationen, og feedback fra patient- og pårørendetilfredshedsundersøgelser diskuteres og konkretiseres og erfaringer deles.

#### **6. Debriefingsteknikker**

Forstå at debriefing er tertiær forebyggelse (det primære mål er at forebygge, at konflikter opstår og tvang iværksættes).

Afhjælp den traumatiske effekt af hændelser og forebyg fremtidig retraumatisering (defusing/debriefing).

Debriefing skal producere data, der har indflydelse på fremtidige politikker, praksis og den strategiske planlægning (review/årsagsanalyser).

Multilevel debriefing: debriefing/defusing tilbydes både personale, patienter og andre tilstedeværende.

#### **6. Debriefingsteknikker**

Med den viden, der opnås gennem en grundig kerneårsagsanalyse af en konflikt eller tvang, er det muligt at skabe erkendelser, der kan danne basis for ændring i politikker, procedurer og praksisser for at undgå gentagelser i fremtiden.

Et sekundært mål for debriefing er at afhjælpe de mulige negative og potentielt traumatiserende virkninger konflikter og tvang kan få for involverede medarbejdere og patienter og andre, der er vidner til det.

Det er yderst vigtigt at inddrage patientens erfaring i denne aktivitet, og hvis patienten ikke kan eller vil



Skabe en grundlæggende sikkerhedskultur (f.eks. gennem årsagsanalyser med efterfølgende ændringer af praksis).

deltage, anbefales det, at en anden patient eller peer-medarbejder fungerer som dennes fortaler.

Det er tydeligt at se, at det er de samme personer (NASMHP og K. A. Huckshorn), der står bag de to organisatoriske planlægningsguides. De organisatoriske elementer er nærmest identiske. TBT-guiden er en udvikling af De Seks Kernestrategier-guiden og tilpasset den traumebevidste tilgang.

Safewards består af en konfliktforklaringsmodel og 10 interventioner, hvor målet er at reducere konfliktniveauet og anvendelsen af kontrollerende handlinger (tvang) på psykiatriske afsnit. Safewards er helt eller delvist implementeret i op imod halvdelen af alle danske psykiatriske afsnit og nogle ambulante tilbud.

## 6.2 Safewards og TBT

I tabellen findes eksempler på sammenfald mellem en Traume-Bevidst Tilgang og Safewards (3).

Tabel 4: Sammenfald mellem Safewards og TBT

Safewards	TBT
Interventionen "Lær hinanden at kende" har til formål at styrke hhv. et ligeværdigt forhold mellem bruger og organisationen ved, at man deler personlige informationer "Aflære gensidige forventninger" giver brugeren medindflydelse på samværsformen mellem bruger og personale.	Ligeværdighed og medbestemmelse; bruger og organisationen arbejder sammen.
"Positive ord" er en måde at hjælpe personalet til at identificere og dele en positiv opfattelse af patientens styrker og aktiver.	Kompetenceudvikling støttet af klinisk vejledning gør det muligt for personalet at forstå den traumeramtes handlinger og tilpasse pleje og behandling til traumereaktionerne.
Interventionen "Milde ord" er en tilgang, der skal minde og opfordre personalet til altid at anvende den bedste form for kommunikation i forbindelse med en vanskelig samtale. "Kommunikativ deeskalering" er en måde at træne de kommunikative færdigheder hos personalet, så situationer kommunikativt kan tales ned.	Sprogbrugen er ikke-dømmende og imødekommende. TBT kan aflæses i sproget "hvad er der sket for dig", man anvender "personen først sprog" derefter ex. diagnosen.
Interventionen "Milde ord" opfordrer personalet til ikke at møde brugeren med et "Nej", men at tilbyde et alternativt.	I TBT udvises respekt i interaktioner med traumeramte fx respektfuld påmindelse om aftaler, anmodninger, medicintider osv. Der gives så vidt muligt svar, der fokuserer på løsninger og involverer den traumeramte.

## 6.3 Forhåndsftaler/kriseplaner/samarbejdsftaler og TBT

Forhåndstilkendegivelser er defineret i lovgivningen og indebærer, at patienten har ret til, forud

for og i forbindelse med indlæggelsen at fremsætte sine personlige ønsker til behandlingens form og indhold. Dette gælder også behandling uden samtykke (tvang). Ved samtale med den traumeramte er det derfor vigtigt at inddrage

viden om vedkommendes traumehistorie, så denne ikke trigges i forbindelse med udførelse af den behandling og pleje, patienten tilbydes.

Kriseplaner eller samarbejdsaftaler (eller andre benævnelser) er en beskrivelse af, hvordan patienten reagerer i stressede situationer, fx identificeres advarselstegn, triggere, specifikke beroligende/sensoriske metoder, hvordan personalet bedst hjælper patienten i disse situationer, etc. Når man arbejder med TBT, er det vigtigt, at personalet inddrager deres viden om traumer og traumereaktioner i udarbejdelsen af kriseplanen, ellers består planen af de samme grundelementer.

## 6.4 Deeskalering og TBT

Vejledning i deeskalering, der anvendes på alle psykiatriske afdelinger i Region Sjælland, er udviklet i et partcipatorisk forskningssamarbejde mellem brugere, personale og forskere. Deeskalering kan hjælpe personalet på psykiatriske afdelinger til at forebygge retraumatisering. Denne systematiske proces har en indbygget feedback mekanisme, der sikrer, at patienter og personale aflastes psykologisk, uanset om de var direkte involveret i en potentielt traumatiserende episode eller var vidne. Deeskalering er en kompleks interaktiv proces, hvor personalet hjælper patienten med at forebygge, at en konfliktfyldt situation udløser en kontrollerende handling eller en voldsepisode. Deeskalering er TBT-orienteret, når personalet personificerer deeskaleringsprocessen og tager udgangspunkt i patientens oplevelse af problem. Ved at tage udgangspunkt i patientens perspektiv understøttes dennes autonomi, alt imens personalet hjælper patienten med 1): at forstå, hvad der bragte ham/hende i denne situation og 2): at hjælpe patienten til selv at genvinde selvkontrollen (empowerment). Et grundlæggende kendskab til hvordan man håndterer agiteret og truende adfærd i en psykiatrisk organisation uden brug af tvang, er en forudsætning for et sikkert og trygt behandlings- og arbejdsmiljø (Safety). Deeskaleringsprocessen understøtter herved, som en mindre brik i de

mange sammensatte initiativer, TBT-principperne (4).

## 6.5 Recovery og TBT

Det engelske begreb recovery har formentligt været anvendt ligeså længe, vi har talt om sindslidelser – vi har bare ikke haft så stor opmærksomhed på fænomenet. For ca. 30 år siden begyndte William Anthony, direktør for Center for Psychiatric Rehabilitation ved Boston University i USA, at fokusere intensivt på begrebet i rehabiliteringssammenhæng. Recovery-bevægelsen blandt psykiatribrugere havde forbindelse til 1960'ernes "civil rights movement".

Det er både på engelsk og dansk et begreb fra hverdagssproget, som anvendes i mange sammenhænge - recover fra forkølelse, recover fra dødsfald i nær familie, recover fra kærestesorg. Denne retorik indikerer, at det ikke kræver en medicinsk og/eller psykologisk referenceramme. Det er muligt "at komme sig" over meget.

Vores nuværende viden om recovery baserer sig i høj grad på erfaringsbaserede fortællinger, som bevægelser af psykiatribrugere. Patricia Deegan, psykolog med personlig erfaring med psykisk sygdom, er blandt de væsentligste bidragsydere til den recoverytænkning, som er vokset frem gennem de seneste årtier. Patricia Deegan beskriver recoveryprocessen bl.a. sådan: "Recovery er en proces, en måde at leve på, en holdning og en måde at møde hverdagens udfordringer. Det er ikke en fuldstændig lineær proces. Nogle gange er vores kurs uberegnelig, og vi snubler, glider tilbage, omgrupperer og begynder igen. Det afgørende er at møde de udfordringer handicappet sætter og at genetablere en ny og værdifuld følelse af integritet og formål, både indenfor og udenfor handicappets begrænsninger; HÅBET om at leve, arbejde og elske i et samfund, som man kan give sit betydningsfulde bidrag til" (5).

I 1993, beskriver Anthony (6) recovery som "en dybt personlig, unik forandringsproces med hensyn til ens holdninger, værdier og mål, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende liv på præget af håb og aktiv

medvirken selv med de begrænsninger, der er forårsaget af sygdom. Recovery indebærer udvikling af ny mening og nye formål i ens liv" ... "Recovery er en dybt personlig og unik proces, som forandrer personens holdninger og værdier. Recovery indebærer en opdagelsesrejse ind i sig selv som menneske og en forandringsproces, hvor man vokser hinsides den katastrofe, som den psykiatriske sygdom har forårsaget".

I 2008, lægger blandt andre Slade (7) vægt på, at "recovery handler om at skabe sig et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, sådan som personer selv definerer det med eller uden symptomer og problemer, som kan komme og gå"

Fælles for de to definitioner er deres fokus på den enkeltes proces frem mod et personligt defineret godt liv.

I 2015 beskriver Eplov og Rasmussen (8) personlig recovery, der "omhandler den unikke proces hos individet med en psykisk sygdom, hvor holdninger, værdier, følelser, mål, evner og/eller roller forandres frem mod, at den enkelte kan leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv - selv med de begrænsninger, som er forårsaget af sygdommen. Her arbejder man med individuelle subjektive definitioner, som søger at indkredse betydende elementer og virkningsfulde faktorer for den enkeltes recoveryproces"

Recoverytilgangen flytter fokus væk fra patologi, sygdom og symptomer. I en TBT-organisation vil fokus ikke primært være på symptomer eller sygelighed. Her vil fokus være på at give patienten mulighed for at fortælle, hvad vedkommende har oplevet, og man vil på denne baggrund tilrettelægge plejen og behandlingen, så den bliver mere effektiv.

Et fokuspunkt i TBT er også at give kontrol og styring tilbage til patienten, hvilket er i overensstemmelse med recoverytilgangen. Her er patient og behandler fælles om at opbygge et samarbejde, der er relativt ligeværdigt, og som tager udgangspunkt i patientens beskrivelser af sine vanskeligheder og har fokus på at bygge

behandlingen op om de behov, grænser og baggrund, patienten har.

## 6.6 Guidet Egen-Beslutning og TBT

Metoden Guidet Egen-Beslutning (GEB) er en forskningsbaseret metode (9, 10), som især understøtter to af principperne for en traumebevidst tilgang, nemlig punkt 5.2.4. samarbejde, fælles beslutningstagning og gensidighed, samt punkt 5.2.5. empowerment.

Virkemidlerne i metoden GEB er semistrukturerede refleksionsark, som udfyldes af patienten og efterfølgende drøftes i en gensidig dialog med patientens primære behandler/kontaktperson. Patienten beslutter selv indhold, og hvordan refleksionsarkene udfyldes. Herved bliver det patientens perspektiv, og det som giver mening for den enkelte, som bliver udgangspunkt for den fælles drøftelse. Dette er i overensstemmelse med både empowerment og en recovery-orienteret tilgang, som også er væsentlige elementer i TBT. I forlængelse heraf er GEB-metoden også medvirkende til, at patienten får indsigt i udfordringer, som fylder i hverdagslivet, samt at få øje på udfordringer, som ikke lige umiddelbart er synlige for herefter at arbejde med mulige løsninger. Dette er medvirkende til at give patienten kontrol og retning, og er samtidig medvirkende til at fremme integrationen mellem livs- og sygdomsperspektivet.

## 6.7 Fælles beslutningstagning og TBT

Fælles beslutningstagning er et værdisæt og en model, hvor patientens viden om sig selv og sin egen sygdom anerkendes på lige fod med behandlerens viden. Behandleren møder patienten med sin fagprofessionelle viden og erfaring, og patienten bidrager som ekspert i sit eget liv med egne erfaringer og præferencer (11).

Ligesom beskrevet under Recovery og TBT, er et fokuspunkt i TBT at give kontrol og styring tilbage til patienten. Dette er i overensstemmelse med fælles beslutningstagning, hvor formålet er, at patienten selv tager beslutninger om behandlingen.

## 6.8 Arbejdsmiljø og TBT

For at organisationen kan påberåbe sig, at den arbejder med TBT, er den nødsaget til at arbejde ud fra de principper, der er beskrevet under afsnit 5.2. Her er beskrevet et specielt stort fokus på sikkerhed. Sikkerhed handler i TBT ikke kun om patienternes tryghed og sikkerhed, men også om personalets, herunder at forholde sig til risikoen for sekundær traumatisering og tilbyde vejledning og supervision, der forstærker personalets sikkerhed.

Når organisationer implementerer TBT, har det en tvangsreducerende effekt, hvilket oftest også medfører en reduktion i antallet af patientrelaterede arbejdsskader. Derfor må indførelsen af TBT forventes at have en positiv indvirkning på personalets arbejdsmiljø.

### Litteratur

- 1 Huckshorn KA. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use - A snapshot of Six Core Strategies for the Reduction of S/R. In: Directors NASMHP, editor. Alexandria; 2006.
- 2 Huckshorn KA. Trauma Informed Care (TIC) Planning Guidelines for use in Developing an Organizational Action Plan. Boston; 2015.
- 3 Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodson J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*. 2015;52(9):1412-22.
- 4 Berring LL. Deeskalering - håndtering af vold og forebyggelse af tvang på psykiatriske afdelinger: et handlings-orienteret aktionsforskningsarbejde. Odense: Syddansk Universitet; 2016.
- 5 Deegan P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*. 1988;11(4):11.
- 6 Anthony W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*. 1993;16(4):11.
- 7 Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making recovery a reality: Citeseer; 2008.
- 8 Eplov LF, Rasmussen KS. Recovery - På vej mod en mere præcis model. *Tidsskrift for Socialpolitisk Forening*. 2015;3.
- 9 Zoffmann V. Guided self-determination: a life skills approach developed in difficult Type 1 diabetes: Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet; 2004.
- 10 Zoffmann V, Harder I, Kirkevold M. A person-centered communication and reflection model: sharing decision-making in chronic care. *Qualitative health research*. 2008;18(5):670-85.
- 11 Administration SAaMHS. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.

## 7 Hvorfor indføre en Traume-Bevidst Tilgang?

At integrere TBT i psykiatritilbud gavner alle, ikke blot patienterne, men også deres familier, de fællesskaber de indgår i, psykiatritilbuddet og medarbejderne. TBT fremhæver, at traumer gennemgribende kan påvirke et menneskes livskvalitet såvel det psykiske som det fysiske helbred. For ansatte i psykiatritilbud skaber en traumebevidst tilgang mange muligheder. TBT bestyrker vigtigheden af at erhverve sig viden og færdigheder til at møde patientens specifikke behov herunder at indse, at et menneske kan være påvirket af traumer uanset, om det er erkendt; at forstå at traumer sandsynligvis påvirker mange af de mennesker, der henvender sig i psykiatrien; og at forstå, at organisationer og ansatte kan re-traumatisere patienter med vejledninger og instrukser, der ikke er traumebevidste.

TBT giver patienter flere muligheder for at indgå i tilbud, som har et anerkendende og empatisk perspektiv på deres problemstillinger. TBT kan potentielt give patienterne med traumeoplevelser en øget følelse af sikkerhed og et grundlag for at forhindre alvorligere konsekvenser af traumatisk stress (1).

Selvom mange patienter måske ikke har oplevet et behov for at forholde sig til deres historie, kan TBT tilbyde dem en mulighed for at undersøge traumers betydning og få øje på egne styrker, evne til kreative tilpasninger og mestring af egne traumatiske oplevelser, egen modstandskraft og sammenhængen mellem traumer, afhængighed og psykiske symptomer.

At implementere en traumebevidst tilgang kan forbedre screening og udredningsprocesser,

behandlingsplaner og visitation samtidig med, at risikoen for retraumatisering mindskes.

At indføre TBT kan forbedre kommunikationen mellem patient og medarbejdere, og derved mindske risikoen for, at patientens reaktioner og problemer misforstås, eller behovet for henvisning til udredning eller traumespecifik behandling overses. De investeringer en organisation lægger i at udvikle og forbedre traumebevidst behandling kan i sidste ende føre til færre udgifter samlet set, idet patienterne tilbydes den rette behandling fra begyndelsen og brugen af sundhedsydelse på langt sigt mindskes. TBT er en essentiel del af en organisations risikostyring. Den sikrer, at man har implementeret beslutninger, der optimerer resultatet af den terapeutiske indsats og minimerer negative konsekvenser af behandling. Det er væsentligt, at patienter og medarbejdere engageres i fællesskab. Patienter og medarbejdere oplever øget empowerment, engagement og tilfredshed, hvis de involveres i udviklingen af og arbejdet med TBT. En organisation, der arbejder med TBT vil tiltrække og fastholde en bred medarbejderstab, som har indsigt i traumer og betydningen af disse. Traumebevidste organisationer involverer sig i sine medarbejdere med de samme traumebevidste principper. Dette indebærer, at medarbejderne tilbydes løbende støtte til at omsætte TBT i praksis, at man forholder sig til sekundær traumatisering og implementerer processer, der forstærker personalets sikkerhed.

Det skal bemærkes, at det ikke er sikkert, at alle fordelene ved at implementere TBT kan genfindes i den danske psykiatri. Fordi vi allerede mange steder arbejder med dele af TBT, f.eks. har vi et arbejdsmarked "den danske model", hvor personalet har stor medindflydelse på deres eget arbejde. Vi arbejder mange steder med recovery, hvor peerstøtte og patientinvolvering er en helt essentiel del. Der vil sikkert være mange positive effekter ved at implementere TBT. Men hvor store disse vil være, set i forhold til den indsats, der ydes i forbindelse med en implementering, må vise sig årene efter de første pilotprojekter.

## 7.1 Overvejelser om indførelse af TBT i Danmark

TBT bør sikre en organisationskultur, hvor alle ansatte på alle organisationsniveauer er bevidst om traumers betydning for patienten. Ved indførelsen af TBT i en sygehusorganisation eller på en afdeling, er et centralt fokuspunkt organisationsniveauet med direkte kontakt til brugeren/patienten, nemlig dem som forestår behandlingen og plejen af patienterne.

Organisationen må lave et grundigt forarbejde, hvor hele værdisættet, missionen og visionen skal fastsættes ud fra TBT. Dette skal være en fortløbende og dynamisk proces, som udvikler sig i takt med behovet og samfundet. En kulturændring/organisationsændring sker kun i takt med organisationens engagement og vilje til forandring. Forandringen skal være ledelsesforankret og gennemsyre alle niveauer af organisationen.

Kulturændringen er også en opmærksomhed på de fysiske rammer, så der skabes et sikkert og trygt miljø for både patienter og personale. Organisationen er afhængig af et tillidsforhold mellem ledelse og medarbejdere for at kunne debattere tvivl og vanskeligheder i forandringsprocessen. Ligeledes er et tillidsforhold mellem organisation og patienter, der beror på samarbejde og valgmuligheder, samt retten til at sige til og fra, væsentligt. Der skal være repræsentanter fra alle niveauer, samt peermedarbejdere, patienter og pårørende i planlægning, implementering, evaluering og videreudvikling af TBT.

Der skal tages højde for organisationens styrker, svagheder og ressourcer, både personalemæssigt og økonomisk. Det kræver en tydelig ledelse, der tager diskussionen med personalet alvorligt og italesætter og er opmærksom på en naturlig modstand mod forandring i organisationen. Der skal udvikles en implementeringsplan og udpeges nøglepersoner.

Fokus er, ikke at give medarbejderne på hospitalet en specifik viden om særlige behandlingsmodeller ift. traumereaktioner, hvilket kan beskrives



som en traumespecifik tilgang. Det er derimod at opbygge en bevidsthed hos personalet om traumers betydning for patienterne, hvordan denne betydning kan undersøges/afklares, samt hvordan kontakten til patienten håndteres bedst mulig med udgangspunkt i denne viden.

Ved indførelse af TBT i en medarbejdergruppe, kræver det, at hele gruppen involveres. Der er flere bud på hvordan dette gennemføres bedst, men her skal sammenfattes nogle af de gennemgående principper og gives nogle udvalgte konkrete eksempler.

## 7.2 En model til implementering

Implementering af TBT kræver organisatorisk beslutsomhed og grundige overvejelser om den mest hensigtsmæssige implementering/forandringsproces (f.eks. Quality Implementation Framework (2) eller John Kotters 8 trins forandringsmodel (3)). Følgende trin kan med fordel anvendes.

### 7.2.1 Indledende planlægning

Skab overblik over hvordan alle i gruppen nås, fx ved at udvælge særlige ambassadør eller grupper, der tager ansvar for forandringsprocessen. Et overblik over det tidsmæssige forløb er ligeledes centralt, ofte vil en horisont på et til to år være relevant. TBT er en kultur, et paradigme, der kan have mange konkrete udtryk. Hvilket udtryk det skal have på ens afdeling/afsnit kan med fordel beskrives så tydeligt som muligt.

### 7.2.2 Opstartsarrangement

En begivenhed, hvor medarbejderne undervises og oplæres i kerneelementerne i TBT og gives en faglig viden om traumers betydning for deres patienter. En viden om, hvordan traumer kan påvirke medarbejderne selv og deres arbejdsmiljø, er også central. Et vigtigt mål, ud over at videregive viden og introducere medarbejderne til kulturen i TBT, er at motivere og forpligte alle/flest mulige til arbejdet.

### 7.2.3 Opfølgning på kort sigt

Det lærte fra opstartsarrangementet inddrages nu konkret i behandlingen. Der arbejdes med at konkretisere kerneprincipperne i det konkrete arbejde i organisationen/afdelingen/afsnittet og i kontakt med patienten. Der følges op med møder af forskellige karakter, hvor der arbejdes med alt fra erfaringer med TBT til retningslinjer og strategier. Der opbygges en bevidsthed, men også viden og ekspertise på afdelingen, hvor man gerne ser sparring og gensidig oplæring udvikle sig.

### 7.2.4 Opfølgning på lang sigt

Her arbejdes med at evaluere implementeringen løbende, da selve evalueringen er central for at fastholde TBT. Da det er en bevidsthed eller en kultur, man arbejder med, er opgaven med at fastholde det kollektive fokus væsentlig. Det er ligeledes vigtigt at følge op med løbende relevant uddannelse af medarbejderne. (4, 5).

## 7.3 Screening/assessment

I kontakten med patienter kan en screening af traumehistorik være særdeles relevant. Dette kan gøres som beskrevet ovenfor eller med spørgeskemaer. Se eksempel i bilag 2 (Brief trauma Questionnaire).

Amerikanske undersøgelser viser, at brugere/patienter har en oplevelse af, at deres psykiske problemer hovedsageligt skyldes, at de har været udsat for voldsomme ting i deres barndom, og de har formentlig en forventning om, at der bliver spurgt ind til traumer i barndommen, men kun en meget lille procentdel har oplevet at blive spurgt. I undersøgelsen angav, 64 % at have været udsat for traumer, men 78% af dem var ikke blevet spurgt til det. De brugere/patienter, der ikke blev spurgt, var mindre tilfredse med udbyttet af deres behandling, og de var mindre tilbøjelige til at tro, at deres diagnose var rigtig. 69% af de brugere/patienter, der havde været udsat for barndomsovergreb, mente, at der var en sammenhæng mellem overgrebene og deres psykiske problemer, mens kun 17% oplevede, at

plejepersonalet mente, at der var en sammenhæng (6).

*“There where so many doctors and registrars and nurses and socialworkers and psychiatric district nurses in your life asking you about the same thing, mental, mental, mental, but not asking you why”*

*“I think there was an assumption that I had a mental illness and, you know, because I wasn't saying anything about the abuse I'd suffered no one knew”*

*“I just wish they would have said “What happened to you? What happened?” But they didn't” (6).*

Inddragelsen af spørgeskemaer har fordele i form af systematik i forhold til såvel arbejds-gange som i selve afdækningen af traumer hos den enkelte. Ved at anvende et spørgeskema giver man også patienten mulighed for at formidle egen traumehistorie uden nødvendigvis at skulle forholde sig til en personlig kontakt til medarbejderen i forbindelse med dette, da denne kontakt kan være overvældende. Tilgangen i TBT er, at man skal inddrage viden om patienternes traumer i behandlingen, ikke som udgangspunkt specifikt tale om eller behandle patientens traumer. I nogle tilfælde viser en traumespecifik tilgang sig relevant i forhold til den enkelte, og man vil da oplagt kunne inddrage viden fra spørgeskemaet om traumer (4, 6).

#### **7.4 ”Modenhedsmodel”**

Der kan arbejdes med en traumebevidst tilgang på flere forskellige niveauer i organisationen. Man kan tale om en slags ”modenhedsmodel” for TBT.

På første niveau arbejdes der generelt med TBT på afsnitsniveau. Man kender ikke den enkelte patients ”traumestatus” og spørger ikke til den, men antager ud fra kendskab til statistikkerne om traumeforekomsten blandt psykiatriske patienter, at alle patienter i et eller andet omfang kan profitere af tilgangen.

På andet niveau, forholder man sig ikke kun generelt til, at alle patienter er berørt af traumer. Man skaber viden om den enkelte patient og indtænker dennes traumehistorie og -reaktioner i behandlingen. Der er ikke tale om traumespecifik behandling som traumefokuseret psykoterapi, men traumebevidstheden trækkes ind i arbejdet med den enkelte patients recoveryproces. Dette forudsætter kendskab til, hvilke traumer patienten har været udsat for. Denne viden kan derpå indarbejdes i kriseplaner, behandlingsplaner etc. i samråd med patienten. Ligeledes kan der tages højde for denne viden i samtale med patienten om forhåndstilkendegivelser ift. brugen af tvang og i en række andre situationer. Dette niveau forudsætter udarbejdelse af instrukser, arbejds-gange, der respekterer individets privatliv i kommunikationen af følsomme oplysninger og ud-dannelse af personalet i konkrete redskaber, der kan tages i brug i en traumebevidst tilgang på individniveau.

På det tredje niveau integreres en traumebevidst tilgang på alle niveauer i organisationen, hvilket både kan medføre større organisatoriske forandringer, forudsætter solid organisatorisk forankring på alle ledelsesniveauer og på sigt kan skabe ændringer i organisationskulturen. Dette niveau indebærer TBT-tilpasning i personalepolitikker, i økonomiske prioriteringer, overordnede politikker og handleplaner og i dialogen med det politiske niveau.

På niveau 2-3 i organisationen er det forventeligt at fokus på traumer, kan medføre en øget opmærksomhed på dette blandt patienter og pleje- og behandlingspersonale, som dermed kan skabe større efterspørgsel efter traumespecifikke behandlingstilbud. Dette bør der tages højde for, så organisationen har relevante behandlingstilbud.

#### **7.5 Uddannelse af medarbejdere**

Uddannelse af medarbejder er et centralt element i indførelsen af TBT. Der skal etableres uddannelsesforløb for alt personale og peers gennem alle niveauer i organisationen, så alle forstår virkningen og følger af traumer. Så personalet er

rustet til at arbejde traumebevidst og kender til screening, henvisningsmuligheder og har fokus på sekundær traumatisering. Kulturændringen skal være evidensbaseret, og der skal implementeres evidensbaserede screeningsværktøjer.

Medarbejdernes efterfølgende kompetencer kan bestå af bl.a.:

- Kunne tilbyde psykoedukation om traumers effekt der inkluderer (men ikke er begrænset til) betydningen af triggere, advarselssignaler og positive mestringsstrategier
- Kan defuse magtkampe og behøver ikke at "vinde"
- Screening af patienter for deres traumehistorik
- Etc.

Se eksempel fra Bournemouth Hospital, Boston, USA, i bilag 3.

Der er brug for at udarbejde dansk undervisningsmateriale. Det er planlagt, at der udarbejdes forslag til undervisningsmaterialer i løbet af 2020 i regi af TBT-centeret.

### 7.5.1 Hvordan håndterer og taler vi om traumer?

Read (2007) beskriver nogle principper for at tale om traumer:

- Spørg alle patienter
  - I forbindelse med indlæggelsessamtale (hvis personen er i krise, så hurtigt derefter)
  - I sammenhæng med den generelle psykosociale historie
- Begynd med korte normaliserende udtalelser
- Anvend specifikke spørgsmål med klare og tydelige eksempler på, hvad du spørger om

Personalet skal sikre sig, at de er rustet til at modtage informationen. Der skal spørges forsigtigt og respektfuldt ind, og man skal udvise forståelse for, hvis patienten ikke ønsker at tale om det, hvilket skal respekteres.

Det er fint at anvende en spørgeguide/ratingscale, så spørgsmålene bliver præcise og klare, men spørgeguiden skal være udvalgt, så den er

mere generel og ikke svarer til en man anvender som indledning til en traumespecifik behandling.

Principper for hvordan man reagerer på traumehistorierne:

- Bekræft at det var en god ting at få fortalt
- Forsøg ikke at samle alle detaljer
- Spørg om patienten har fortalt om det før – og hvordan det gik
- Tilbyd støtte (vær sikker på, hvad du kan tilbyde)
- Spørg om patienten oplever, at effekten af traumet har en sammenhæng med den nuværende tilstand
- Tjek om patienten aktuelt oplever sig i sikkerhed – i forhold til evt. igangværende krænkelser
- Tjek emotionelt velbefindende efter endt samtale
- Tilbyd opfølgning (sørg for, at der kan blive fulgt op i alle døgnets 24 timer efter) (6)

## 7.6 Fysisk miljø

Et af nøgleelementerne, der er helt fundamental i TBT er "tryghed og sikkerhed". Det gælder både den fysiske og følelsesmæssige tryghed og sikkerhed. Det er organisationens opgave at sikre, at det fysiske miljø fremmer en følelse af sikkerhed, dette gør sig både gældende for personale og den traumeramte. Det fysiske miljø skal være med til at understøtte det samarbejdende aspekt af en traumebevidst tilgang gennem åbenhed og gennemsigtighed.

Det anbefales, at organisationen udfører en "Miljøscanning" og evt. udvikler en checkliste til dette formål. Vær opmærksom på den fysiske plads. Traumeramte er ofte hypersensitive ift. deres fysiske miljø, da det kan påvirke deres følelse af sikkerhed og komfort. Tilpas organisationens fysiske miljø således, at der tages højde for, at den traumeramte kan reagere negativt på stressorer i miljøet f.eks. lyskilder (lyststofrør), støj, mangel på personligt rum, etc. En organisation bør være opmærksom på følgende, når der skal skabes øget sikkerhed i det fysiske miljø:

- Valg af farver. Varme dæmpede farver.



- Tilbyde beroligende metoder (såsom tæpper, bolde eller stressbolde)
- Tildele et særskilt rum til beroligelse eller som flugt fra "Crowding" (fx sanserum)
- Sikre at gange, udgange og indgange, er godt oplyst og markeret
- At udpege udgange, der kan virke som en sikker flugtvej for den traumeramte, hvis de føler sig nødt til at forlade stedet hurtigt (4, 7, 8).

## 7.7 Hvad forventer vi at en Traume-Bevidst Tilgang vil medføre?

TBT skaber et fundamentalt paradigmeskift fra at tænke "Hvad er der galt med dig?" til at tænke "Hvad er der sket med dig?". I modsætning til at være et specifikt tilbud styret af regler, er TBT en proces af organisatoriske forandringer, hvis mål det er at skabe miljøer og relationer, der fremmer recovery og forebygger retraumatisering.

Når man fokuserer på menneskers traumehistorik, kan man muligvis forvente at efterspørgslen på decideret traumebehandling øges. Det betyder, at regionerne bør tilpasse udbuddet af traumebehandlingen derefter.

### Litteratur

- 1 Harris ME, Falloot RD. Using trauma theory to design service systems: Jossey-Bass; 2001.
- 2 Meyers DC, Durlak JA, Wandersman A. The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *American journal of community psychology*. 2012;50(3-4):462-80.
- 3 Kotter J. Steps to accelerate change in 2015: Kotter International. Web. Available from: <https://www.kotterinc.com/8-steps-process-for-leading-change/>.
- 4 Administration SAaMHS. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
- 5 Falloot RD, Harris M. Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A self-assessment and planning protocol. Washington, DC: Community Connections; 2009. Contract No.: 2.
- 6 Read J. To ask, or not to ask, about abuse--New Zealand research. *American Psychologist*. 2007;64(2):325-6.

- 7 Administration SAaMHS. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. 2014.
- 8 Huckshorn KA. Trauma Informed Care (TIC) Planning Guidelines for use in Developing an Organizational Action Plan. Boston; 2015.

## 8 Forskning og TBT

I dokumenterne, der har været grundlaget for denne beskrivelse, er TBT beskrevet som en evidensbaseret intervention eller tilgang. Der er udført omfattende forskning i traumer, traumereaktioner og traumespecifik behandling, men der er kun udført få studier af effekten af at indføre TBT. Et studie af Putkonen, 2013, fandt, at isolation og tvangsfiksering blev forebygget, uden at volden steg i afdelinger for mænd med skizofreni og voldelig adfærd, når man indførte de seks kernestrategier (1). I et andet studie af Borckardt, 2011, faldt andelen af isolation og fiksering i psykiatriske afdelinger signifikant (82,3% [p=,008]) efter en TBT intervention, der indebar undervisning i TBT, ændring af regler og sprog, patientinvolvering i planlægningen af pleje og behandling og fysiske ændringer i miljøet (2).

Vi har kun fundet to litteratur-reviews, der har vurderet implementeringen af TBT. Et konkluderer, at effektiv TBT i akutte afsnit involverer strategier, der primært kan ses som basiselementer i en nutidig og effektiv psykiatrisk pleje og behandling. TBT starter med og muliggør en god sygeplejerske-patient relation og værdien af den patientcentrerede pleje- og behandling (3). Det andet review finder, at TBT kan understøtte en positiv organisatorisk kultur og bedre brugernes oplevelse af pleje- og behandlingen. Konklusionen er, at der er et akut behov for, at psykiatriske sygeplejersker finder deres rolle i at tilbyde TBT, og hvordan TBT skal evalueres, inklusiv undervisning og klinisk supervision, og at de engagerer sig i systemiske tiltag for at ændre pleje- og behandlingskulturen (4).

Det er vigtigt at understrege, at vi ikke har gennemført en systematisk litteraturgennemgang og derfor er der brug for at udarbejde et sådan, gerne med et dansk perspektiv, hvor de nyeste

studier er inkluderet. Det er planlagt, at der gennemføres et sådan i 2020 i regi af TBT-centeret.

#### Litteratur

- 1 Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Rynnänen O-P, Kautiainen H, et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. 2013;64(9):850-5.
- 2 Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh AL, Danielson CK, Pelic CG, Hardesty SJ, et al. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. 2011;62(5):477-83.
- 3 Muskett C. Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. International journal of mental health nursing. 2014;23(1):51-9.
- 4 Wilson A, Hutchinson M, Hurley J. Literature review of trauma-informed care: Implications for mental health nurses working in acute inpatient settings in Australia. International journal of mental health nursing. 2017;26(4):326-43.

## 9 Kritik af TBT

Kritikken fra personer, der arbejder med TBT, er fortrinsvis den manglende stringens i metodologien og klarhed i konceptet. Nogle forfattere mener at der er tale om veletablerede humanistiske principper, der bare er kommet i en ny ”indpakning”. Andre peger på en ændring af den

politiske og historiske bevidsthed i TBT-principperne fra organisatoriske mekanismer der udelukkende fokuserer på bekymring for patienten og mangler fokus på en bekymring for de til stighed fortsatte sociale determinanter for traumer i verden. Det er klart, at den voksende opmærksomhed på traumer har inspireret til en ganske nødvendig ændring af sundhedsvæsenet. Men når FN har svært ved at respondere på truslen om 50 millioner klimaflygtninge pga. menneskeskabte klimaændringer, i løbet af de næste 30 år, så viser det udfordringen i at inddrage det politiske og historiske perspektiv i opfattelsen af, hvilke konsekvenser traumer har og får, ikke bare for den enkelte person, men for verdenssamfundet (1).

#### Litteratur

- 1 Birnbaum S. Confronting the Social Determinants of Health: Has the Language of Trauma Informed Care Become a Defense Mechanism? Issues in mental health nursing. 2019:1-6.

## Bilagsfortegnelse

Bilag 1. Beskrivelse af det Nationale TBT Center

Bilag 2. Brief Trauma Questionnaire – Et eksempel på et screeningsredskab om traumehistorik

Bilag 3. Eksempel på kompetenceprofil for en sygeplejerske fra Bournemouth Hospital, Boston, USA

## Nationalt TBT Center

Det Nationale "Traume-Bevidst Tilgang" (TBT) Center er et virtuelt center. Det er et formelt netværksarbejde mellem brugere/patienter, pårørende, ledelser, klinisk personale og forskere i den danske psykiatri på regionalt niveau. Netværket er opbygget med en styregruppe, bestående af den tværregionale følgegruppe for Partnerskabsaftalen (tvang) og initiativtagerne. Den tværregionale følgegruppe udpeger medlemmer fra deres egne regioner til netværket (max. 40 personer i alt). Sekretariatet er beliggende i Enheden for Klinisk Psykiatrisk Sundheds- og Sygeplejeforskning, Psykiatrisk Center Sct. Hans, Region Hovedstadens Psykiatri.

Netværksarbejdet foregår i to spor, et praksisspor og et forskningsspor. De to spor starter sammen med at skabe et overblik over fænomenet gennem dialog og erfaringsudveksling, derefter udarbejder forskerne et systematisk litteratur review om TBT. Herefter kan de to spor planlægge en mødekadence, hvor de mødes hver for sig f.eks. en gang i kvartalet med min. et fælles møde årligt.

### Opgaver

Netværkets opgave er at vurdere, udvikle og afprøve en oversat og dansk tilpasset udgave af Trauma Informed Care (TIC). De konkrete opgaver, det første år, bliver fastlagt efter det første møde i netværket. Følgende kan dog opfattes som forslag.

Hele netværkets opgaver:

- Gennem 1) den systematiske gennemgang af litteraturen, både den videnskabelige og den grå litteratur, 2) i dialog med netværket og 3) gennem erfaringsudveksling, at svare på spørgsmålet: Er det en god ide at implementere TBT i Danmark, underforstået vil det kunne være med til løse nogle af de store udfordringer, vi står overfor i psykiatrien, f.eks. øgningen af andelen af psykisk syge, andelen af "svingdørspatienters", nogle patienters manglende oplevelse af effekt af plejen og behandlingen, manglende oplevelse af inddragelse, anvendelse af tvangsforanstaltninger, etc.?
- Vælge om begrebet "Trauma Informed Care" skal have en dansk oversættelse.

Praksissporets opgaver:

- Gennem dialog og erfaringsudveksling, udforme kliniske kernespørgsmål til brug for gennemførelsen af et systematisk litteratur review.
- Følge allerede igangsatte projekter og udforme en oversat og dansk tilpasset udgave af TBT, der kan implementeres i den danske psykiatri. Stå for den praktiske gennemførelse af "forsøget" med implementering af TBT på udvalgte områder.

Forskningssporets opgaver:

- Gennemføre et systematisk litteratur review.
- Initiere og gennemføre først et pilotstudie og senere et forskningsbaseret effektstudie på indførelsen af TBT.
- Initiere og samarbejde om traumeforskning mere generelt.

#### Sekretariatets opgaver:

- Ajourføre medlemslister.
- Planlægge og indkalde til møder og seminarer.
- Oprette en hjemmeside med relevante meldinger fra netværkssamarbejdet.
- Placere relevant litteratur på hjemmesiden (dansk litteratur, implementeringsguides, forsknings litteratur, populær litteratur).

#### Styregruppe:

- Anne Hertz, Vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri (Formand) ([anne.gotlieb.hertz@regionh.dk](mailto:anne.gotlieb.hertz@regionh.dk))
- Dorthe Juul Lorenz, Vicedirektør, Psykiatrien Region Sjælland ([djl@regionsjaelland.dk](mailto:djl@regionsjaelland.dk))
- Ole Rytto, Sygeplejefaglig direktør, Psykiatrien i Region Syddanmark ([Ole.Ryttov@rsyd.dk](mailto:Ole.Ryttov@rsyd.dk))
- Claus Lassen Graversen, Sygeplejefaglig direktør, Psykiatrien i Region Midtjylland ([Claus.Graversen@ps.rm.dk](mailto:Claus.Graversen@ps.rm.dk))
- Anette Sloth, Direktør, Psykiatrien i Region Nordjylland ([anette.sloth@rn.dk](mailto:anette.sloth@rn.dk))
- Tina Gram Larsen, Lægefaglig direktør, Psykiatrien i Region Nordjylland ([tigl@rn.dk](mailto:tigl@rn.dk))
- Jacob Hvidhjelm, Postdoc, PCSH, Region Hovedstadens Psykiatri ([jacob.hvidhjelm@regionh.dk](mailto:jacob.hvidhjelm@regionh.dk))
- Lene Berring, Forskningsleder, Psykiatrien Region Sjælland ([lelb@regionsjaelland.dk](mailto:lelb@regionsjaelland.dk))
- Jesper Bak, Forskningsleder, PCSH, Region Hovedstadens Psykiatri ([jesper.bak@regionh.dk](mailto:jesper.bak@regionh.dk))

#### Netværksmedlemmer:

##### Region Nordjylland:

- Charlotte Pingel Madsen, Afsnitsledende sygeplejerske ([cpm@rn.dk](mailto:cpm@rn.dk))
- Karin Risdal, Afsnitsledende sygeplejerske ([karin.risdal@rn.dk](mailto:karin.risdal@rn.dk))
- Liselotte Kold Hansen, Afsnitsledende sygeplejerske ([l.kold@rn.dk](mailto:l.kold@rn.dk))
- Christina Thanou, Afdelingslæge ([c.thanou@rn.dk](mailto:c.thanou@rn.dk))
- Efthalia Korkoli, Konstitueret overlæge ([e.korkoli@rn.dk](mailto:e.korkoli@rn.dk))
- Karin Kristoffersen, Leder for sygeplejefaglig udvikling ([karin.kristoffersen@rn.dk](mailto:karin.kristoffersen@rn.dk))
- Maria Adel Bonde, Brugerrepræsentant ([maria.b@rn.dk](mailto:maria.b@rn.dk))
- Klaudia Kristensen, Pårørende repræsentant ([klaudiakristensen@hotmail.com](mailto:klaudiakristensen@hotmail.com))

##### Region Midtjylland:

- Tine Holm, Cand.psych. Forskningsenheden for Psykoser, Afdelingen for Psykoser, AUH ([tine-hol9@rm.dk](mailto:tine-hol9@rm.dk))
- Ann Sønderdahl, kvalitetskoordinator, Regionspsykiatrien Horsens ([annsoend@rm.dk](mailto:annsoend@rm.dk))
- Martin Nikolajsen, Psykolog, Regionspsykiatrien Randers ([MARTNK@rm.dk](mailto:MARTNK@rm.dk))
- Anders Lindelof, Afdelingslæge, Regionspsykiatrien Randers ([ANDLIN@rm.dk](mailto:ANDLIN@rm.dk))
- Anne Foged Christensen, Risikomanager kvalitetsafdelingen Psykiatri og Social ([annfogch@rm.dk](mailto:annfogch@rm.dk))
- BUC (Børne- og ungdomspsykiatrisk Center) vil muligvis kunne deltage fra foråret

### **Regin Syddanmark:**

- Frederik Alkier, Forskningsleder, Psykiatrisk Afdeling Middelfart, Psykiatrien Region Syddanmark (Frederik.Alkier.Gildberg@rsyd.dk)
- Jens Peter Hansen, Forskningsleder, Psykiatrisk Afdeling Esbjerg, Psykiatrien Region Syddanmark (Jens.Peter.Hansen@rsyd.dk)
- Isabel Gindeberg, Ledende oversygeplejerske, Psykiatrisk Afdeling Middelfart, Psykiatrien Region Syddanmark (Isabel.Gindeberg@rsyd.dk)
- Anne-Mette Nørregaard Funktionsleder Børn og unge Sydjylland, Esbjerg (Anne-Mette.Norregaard@rsyd.dk)
- Mathilda Andersen, Konsulent, HR, Psykiatrien Region Syddanmark ([Mathilda.Randris.Andersen@rsyd.dk](mailto:Mathilda.Randris.Andersen@rsyd.dk))
- Claus Thomsen, Brugerrepræsentant ([claus@angstforeningen.dk](mailto:claus@angstforeningen.dk))
- Vibeke B. Andersen, Brugerrepræsentant ([vibekeandersen188@gmail.com](mailto:vibekeandersen188@gmail.com))
- Marianne Kilden, HR, Psykiatrien Region Syddanmark (Marianne.Kilden@rsyd.dk)

### **Region Sjælland:**

- Lea Bjelke Villadsen, Udviklingsinstruktør, Psykiatrien Øst (lebv@regionsjaelland.dk)
- Mia Hesselberg Nielsen, Ledende oversygeplejerske, Psykiatrien Syd (mihn@regionsjaelland.dk)
- Tina Fibiger Gildberg, Afdelingssygeplejerske, Børne-og ungepsykiatrien (tigi@regionsjaelland.dk)
- Trine Marita Bjerre, Udviklingsinstruktør og pædagog, Børne-og ungepsykiatrien (trmb@regionsjaelland.dk)
- Anne Winkel, Konsulent, Kompetencecenter for Relation og deeskalering ([anwi@regionsjaelland.dk](mailto:anwi@regionsjaelland.dk))
- Laila Planthin, Psykolog, Afdelingen for specialfunktioner ([lapl@regionsjaelland.dk](mailto:lapl@regionsjaelland.dk))
- Ulla Løfqvist, Specialsygeplejerske, Afdelingen for specialfunktioner ([ulll@regionsjaelland.dk](mailto:ulll@regionsjaelland.dk))
- Cæcilie Buhmann, Overlæge, Psykiatrien Region Sjælland ([caecilie.christine.boeck.buhmann@regionh.dk](mailto:caecilie.christine.boeck.buhmann@regionh.dk))

### **Region Hovedstaden:**

- Mia Boholdt-Petersen, Udviklingssygeplejerske, afsnit M20, Psykiatrisk Center Sct. Hans ([mia.boholdt-petersen@regionh.dk](mailto:mia.boholdt-petersen@regionh.dk))
- Helle Cleo Borrowman, Brugerrepræsentant, SPOR (hb@landsforeningen-spor.dk)
- Knud Fischer-Møller, Brugerrepræsentant, LAP (knudfm@hotmail.com)
- Annika Rasmussen, Afdelingssygeplejerske, afsnit B204, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center ([Annika.Rasmussen@regionh.dk](mailto:Annika.Rasmussen@regionh.dk))
- Vibeke Frandsen, Afdelingssygeplejerske, afsnit 801, Psykiatrisk Center Glostrup ([vibeke.frandsen.01@regionh.dk](mailto:vibeke.frandsen.01@regionh.dk))
- Anne Marie Hyldgaard Trauelsen, Reservelæge, BBH (marietrauelsen@gmail.com)

### **Initiativtagere:**

- Jacob Hvidhjelm, Postdoc, PCSH, Region Hovedstadens Psykiatri (jacob.hvidhjelm@regionh.dk)
- Lene Berring, Forskningsleder, Psykiatrien Region Sjælland (lelb@regionsjaelland.dk)
- Jesper Bak, Forskningsleder, PCSH, Region Hovedstadens Psykiatri ([jesper.bak@regionh.dk](mailto:jesper.bak@regionh.dk))

BTQ - Brief Trauma Questionnaire (kort traume spørgeskema)

Navn og cpr. nr.: \_\_\_\_\_

**Spørgsmålene handler om begivenheder i livet, der er ekstraordinært stressende eller foruroligende for næsten alle mennesker. Sæt en cirkel om "Ja" eller "Nej" afhængigt af om du har oplevet begivenheden eller ej.**

**Hvis du svarer "Ja" til en begivenhed, så besvar venligst spørgsmålene placeret til højre på siden for at svare på om: (1) Troede du, at dit liv var i fare, eller at du kunne være alvorligt skadet? og (2) Blev du alvorligt skadet?**

**Hvis du svarer "Nej" til en begivenhed, så gå videre til næste begivenhed.**

	Besvar disse spørgsmål for hver begivenhed du har været udsat for	
	Troede du, at dit liv var i fare, eller at du kunne være blevet alvorligt skadet?	Blev du alvorligt skadet?
<b>Har du nogensinde været udsat for disse begivenheder?</b>		
1. Har du nogensinde gjort tjeneste i en krigszone, eller har du nogensinde gjort tjeneste i områder, hvor du blev udsat for krigsrelaterede tilskadekomne (f.eks. som læge eller som registrant af krigsgrave)?	Nej Ja	Nej Ja
2. Har du nogensinde været involveret i en voldsom bilulykke, en voldsom ulykke på arbejde eller et andet sted?	Nej Ja	Nej Ja
3. Har du nogensinde oplevet en voldsom naturkatastrofe eller teknologisk katastrofe, f.eks. ildebrand, tornado, orkan, oversvømmelse, jordskælv eller kemisk udslip?	Nej Ja	Nej Ja
4. Har du nogensinde haft en livstruende sygdom f.eks. cancer, blodprop/hjertestop, leukæmi, AIDS, multible sklerose, etc.?	Nej Ja	
5. Er du, før du fyldte 18 år, nogensinde blevet fysisk strafret eller slået af en forælder, lærer eller anden omsorgsperson, så du blev meget bange, troede at du ville blive skadet, fik skrammer, sår, røde striber, buler eller andre skader?	Nej Ja	Nej Ja
6. Dette spørgsmål indeholder ikke afstraffelse eller slag, du rapporterede i spørgsmål 5. Er du nogensinde blevet angrebet, slået eller overfaldet af nogle, herunder venner, familiemedlemmer eller fremmede?	Nej Ja	Nej Ja
7. Er du nogensinde blevet tvunget eller presset til at have en eller anden form for uønsket seksuel kontakt? <b>Bemærk:</b> Med seksuel kontakt menes hvilken som helst kontakt mellem en anden person og dine kønsdele eller mellem dig og en anden persons kønsdele.	Nej Ja	Nej Ja
8. Har du nogensinde været i andre situationer, hvor du blev alvorligt skadet, eller har du nogensinde været i en situation, hvor du frygtede, at du kunne blive alvorligt skadet eller dræbt?	Nej Ja	Nej Ja
9. Har du oplevet tæt familie eller vens død efter en voldsom hændelse f.eks. alvorlig bilulykke, overfald eller angreb?	Nej Ja	
10. Har du nogensinde været vidne til en situation, hvor en person blev alvorligt skadet eller dræbt, eller en situation hvor du frygtede, at en person blev alvorligt skadet eller dræbt? <b>Bemærk:</b> Svar ikke "Ja" til en oplevelse du allerede har rapporteret i spørgsmål 1-9	Nej Ja	
<b>Samlet antal begivenheder:</b>	(En begivenhed (spørgsmål) tælles med hvis der er en cirkel om en af de gult afmærkede svar, hver begivenhed tælles kun en gang).	

Spørgeskemaet er oversat af: ph.d. Jacob Hvidhjelm og ph.d. Jesper Bak, Enheden for Klinisk Psykiatrisk Sundheds- og Sygeplejeforskning, Psykiatrisk Center Sct. Hans. Kilde: Schurr, P., Weisauer, M., Weathers, F., and Fendler, M. The brief trauma questionnaire. White River Junction, VT: National Center for PTSD. 1999.

Bilag 3. Eksempel på kompetenceprofil for en sygeplejerske fra Bournemouth Hospital, Boston, USA

### Trauma Informed Competencies

Add to: Nurses

Name:	Dept:	Date Reviewed:	
NEEDS DEVELOPMENT		MEETS EXPECTATIONS	EXCEEDS EXPECTATIONS
	<input type="checkbox"/> Provides care that is kind, collaborative and compassionate. <input type="checkbox"/> Able to defuse power struggles and doesn't need "to win" <input type="checkbox"/> Competent in assessing individuals admitted for a history of trauma <input type="checkbox"/> Knowledge of high prevalence of traumatic exposure among patients admitted to psychiatric inpatient facilities <input type="checkbox"/> Competent in developing Personal Safety Plans with individuals admitted to hospital <input type="checkbox"/> Provides education to individuals admitted about the impact of trauma including but not limited to the role of triggers, warning signs and positive coping strategies. <input type="checkbox"/> Monitors for early warning signs of upset/agitation. <input type="checkbox"/> Offers a range of specific coping resources in general but especially when warning signs are noted. <input type="checkbox"/> Uses relevant information from the Personal Safety Plan and documents in Writing new information learned. <input type="checkbox"/> Supervises staff in positive, strength-based trauma informed approaches <input type="checkbox"/> Maintains a calming presence on the unit and models trauma informed approaches in general and when crises unfold. <input type="checkbox"/> Able to use sensory items as approaches that help people regulate emotions and behavior <input type="checkbox"/> Supervises MHC's in accessing and using sensory approaches as interventions <input type="checkbox"/> Capacity to access rehab staff as consultants in order to help individuals find soothing techniques for coping and to expand treatment plans <input type="checkbox"/> Work collaboratively with people served in order to develop person-centered treatment plans <input type="checkbox"/> Responsible for addressing behavior of staff that is reactive, punitive or contributes to escalation. This would include direct intervention at the time, direct supervision with the individual staff person, referral to nurse manager or nursing supervisor <input type="checkbox"/> Responsible to refer to nurse manager staff who are in emotional distress and may need follow-up supervision and attention <input type="checkbox"/> Committed to using all tools available to prevent the use of R/S unless absolutely necessary <input type="checkbox"/> In the event of a restraint or seclusion, leads or delegates staff to perform immediate post R/S debriefing. <input type="checkbox"/> Ensures information gleaned from debriefing is communicated for treatment revisions. These might include interventions that could have possibly prevented the R/S such as necessary patient interventions, staff actions or missing resources. <input type="checkbox"/> Participates in the formal next business day debriefing in the treatment team. Documents information learned from this debriefing in the Treatment Plan and Personal Safety Plan.		

Employee Signature/Date: \_\_\_\_\_ Supervisor signature/Date: \_\_\_\_\_  
 Add to competency assessment  
 After completion copy to HRM for QI data analysis