

MINIMANUAL TF-CBT IMPLEMENTERING



Innhold

BAKGRUNN	3
TRAUMEFOKUSERT KOGNITIV ATFERDSTERAPI (TF-CBT).....	3
FORSKNING PÅ TF-CBT	3
IMPLEMENTERING.....	4
IMPLEMENTERING AV TF-CBT I BUP	5
Implementeringsstadier	5
Implementeringskomponenter.....	5
1) Administrativ støtte	6
2) Systemstøtte.....	8
3) Rekruttering og seleksjon.....	8
4) Opplæring og trening.....	8
5) Konsultasjon	9
6) Evaluering.....	10
7) Beslutningsstøtte	10
Anbefalinger til ledelse/ledere	11
Anbefalinger til kontorfaglig ansatt	11
Anbefalinger til terapeuter.....	11
Når og hvordan gå videre med CATS-kartlegging?.....	12
Anbefalte prosedyrer når barnet skårer over klinisk grenseverdi for PTSD	12
KRITERIER FOR VELLYKKET IMPLEMENTERING AV TF-CBT I BUP	13
Utbredelse (reach)	13
Troskaphet (fidelity)	13
Resultat (outcome)	14
Holdbarhet (sustainability)	14
REFERANSER.....	15
Appendix 1 Publikasjoner om TF-CBT.....	17
Appendix 2 Kartlegging av traumer med KATE-B (BARN)	22
Appendix 3 Kartlegging av traumer med KATE-F (foreldre/omsorgsgivere)	23
Appendix 4 Kartlegging av post-traumatisk stress med CATS.....	24
Appendix 5 Forslag til monitorering	25



BAKGRUNN

Mange barn og unge som henvises til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) har opplevd traumatiske hendelser. En studie fant at nesten halvparten av barna i en BUP-populasjon mellom 2008–2010 oppga at de hadde opplevd minst en potensiell traumatisk hendelse, hvorav 60 prosent opplevde posttraumatiske stress-symptomer (PTSS) knyttet til traumehendelsen (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012). Mange av disse barna vil kunne ha nytte av traumefokusert behandling. Traumefokusert kognitiv atferdsteori (TF-CBT) har gjennom en rekke studier vist seg å være en effektiv behandlingsmetode for barn og unge utsatt for traumer. Metoden klassifiseres derfor som et dokumentert virksomt tiltak (Ungsinn, 2013). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har i perioden 2012–2017 ansvar for implementering av TF-CBT i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker på oppdrag fra Helsedirektoratet (Hdir). Målet med TF-CBT implementering er ”å øke kunnskapen om traumer og traumebehandling i form av TF-CBT blant terapeuter i psykisk helsevern for barn og unge, spesialisthelsetjenesten (BUP), på en slik måte at kompetansehevingen sikres kontinuitet over tid. Ambisjonen er at barn og unge som sliter med posttraumatiske stressplager skal få tilpasset og hjelpsom behandling for sine vansker” (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS, 2016).

Målsettingen i TF-CBT implementering er at barn og unge som henvises til BUP og sliter med symptomer på posttraumatisk stress skal få tilpasset og hjelpsom evidensbasert traumebehandling.

Minimanual for implementering av TF-CBT bygger på implementeringsforskning generelt, på TF-CBT forskning og på våre erfaringer med å implementere metoden gjennom flere år. Minimanualen er ment å være et enkelt oppslagsverk for terapeuter og ledere som jobber med TF-CBT. Først vil modellen og forskning på TF-CBT introduseres. Deretter vil implementeringsforskning og implementeringsmodellen som benyttes i det gjeldende prosjektet bli skissert. Herunder vil det gis tips og råd til implementering av TF-CBT i BUP, både for kontorfaglig ansatte, terapeuter og ledere.

TRAUMEFOKUSERT KOGNITIV ATFERDSTERAPI (TF-CBT)

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006) ble utviklet av forskere og terapeuter i USA på bakgrunn av kliniske erfaringer med barn utsatt for seksuelle overgrep, men ble utvidet til også å omfatte andre type traumer, både interpersonlige og ikke-interpersonlige. Kort fortalt så integrerer modellen traumefokuserte intervensjoner med prinsipper for kognitiv terapi, familierapi, tilknytningsteori og en nevrobiologisk forståelse, og metoden tar utgangspunkt i hvordan traumer påvirker barnets utvikling og fungering. Omsorgsgivere blir inkludert i behandlingsløpet, der det parallelt med barnets terapiforløp blir arbeidet med foreldreferdigheter. Behandlingen er faseorientert og består av komponentene psykoedukasjon, avslapping, affektregulering, kognitiv mestring, narrativ og kognitiv prosessering, mestring av traumepåminnere ved hjelp av in vivo eksponering, og framtidig sikkerhet og selvhevdelse. I den første fasen arbeides det med ferdigheter for bedre regulering av vanskelige tanker, følelser og kroppslige reaksjoner. I neste fase jobbes det med traumehistorien og endring av uhensiktsmessige tanker knyttet til opplevelsene, og i den siste med framtidig sikkerhet og selvhevdelse. Å støtte opp under åpen og positiv kommunikasjon i familien er en målsetting gjennom hele terapien.

FORSKNING PÅ TF-CBT

TF-CBT er en av de best dokumenterte behandlingsmetodene for traumatiserte barn og unge. Det er til nå publisert 20 randomiserte kontrollerte studier og tre oppfølgingsstudier på effekten av TF-CBT, som samlet viser større bedring i barnets post-traumatiske stress-symptomer, depresjon, angst, skam og atferdsproblemer sammenlignet med kontrollgrupper. Det er også funnet større grad av bedring i foreldrestress, foreldrestøtte og foreldres depresjon enn kontrollgrupper (for eksempel Cohen & Mannarino, 1996, 1997, 1998; Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Cohen, Mannarino, Iyengar,



2011; Deblinger med flere, 1996, 1999; Jensen med flere, 2013; King med flere, 2000 – se Appendix 1). Evaluering av effekten av TF-CBT behandling i Norge inkluderte 156 barn og unge som var henvist til åtte ulike BUP'er. Deltakerne var i gjennomsnitt 15 år gamle, hvorav 79.5 prosent var jenter. Halvparten ble randomisert til å motta TF-CBT og den andre halvparten til å motta vanlig terapi, det vil si at terapeuten ga den behandlingen som de vurderte at barnet trengte (therapy as usual – TAU). Studien viste en større nedgang både i posttraumatiske stress-symptomer, depresjonssymptomer og generelle psykiske vansker hos TF-CBT gruppen sammenlignet med kontrollgruppen og samme nedgang i angstsymptomer som kontrollgruppen (Jensen med flere, 2013).

Oppfølgingsdata viste at symptomreduksjonen fortsatte etter behandlingsslutt (Jensen, Holt, & Ormhaug, til vurdering for publisering, 2016). Den terapeutiske alliansen – der barna vurderte alliansen som god – predikerte positivt utfall (Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen, & Shirk, 2014). Videre så medierte endringer i uhensiktsmessige tanker effekten av behandlingen (Jensen, Holt, Ormhaug, Fjermestad, & Wentzel-Larsen, til vurdering for publisering, 2016). Både foreldre og barn var fornøyd med behandlingen (Dittmann & Jensen, 2013). Helseøkonomiske analyser viste at TF-CBT var mer økonomisk lønnsom enn terapien som vanligvis ble gitt (Aas, Iversen, Holt, Ormhaug, & Jensen, til vurdering for publisering, 2016). Se Appendix 1 for en oversikt over alle studier som er gjennomført med TF-CBT (både fra Norge og internasjonalt).

Foreldre og barn er fornøyde med TF-CBT, barnet får større symptomreduksjon enn ved vanlig terapi og de økonomiske kostnadene er lavere.

IMPLEMENTERING

Ordet *implementere* kommer fra engelsk og kan på norsk oversettes til *å iverksette* (Nøkleby, 2001). Når det er snakk om å implementere en metode eller et program, så snakker man om *hvordan man iverksetter metoden eller programmet i praksis*, gjerne gjennom et sett av spesifikke aktiviteter (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; 2009). Til tross for god kunnskap om positiv effekt av en rekke behandlingsmetoder innen helsesektoren, så blir metodene ofte ikke implementert i tilstrekkelig grad; ”ironisk sett så er det til nå ingen evidensbaserte implementeringsmodeller på hvordan man kan spre evidensbasert praksis” (vår oversettelse av Lang med flere, 2015, s. 2002). Manglende systemer for implementering kan føre til at de som trenger det ikke får tilbud om den beste hjelpen. Med andre ord: Evidensbaserte metoder må implementeres effektivt for at mottakeren skal få best mulig utbytte (Fixsen med flere, 2005; 2009).

Implementering handler om hvordan praksisfeltet kan anvende forskningsbasert kunnskap

Implementeringslitteraturen viser at det generelt er vanskelig å implementere evidensbaserte metoder med troskap til modellen (fidelity), det vil si at de gjennomføres i tråd med anbefalinger slik at intervensjonen med størst sannsynlighet når sine mål (Dumas med flere, 2001). Hallfors og Godette (2002) fant at kun 19 prosent av evidensbaserte programmer oppnådde høy grad av troskap.

«Det viser seg at selv om målet er enkelt, så kan implementering av en ny praksis innen en virksomhet være en kompleks operasjon dersom det skal gjøres bra og med en intensjon om å opprettholde den nye praksisen over tid» (Saunders & Hanson, 2014, s. 237).



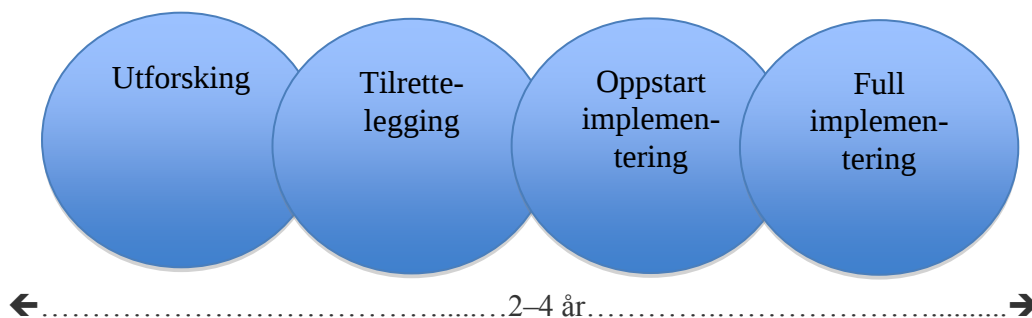
IMPLEMENTERING AV TF-CBT I BUP

Implementeringsstadier

Implementeringslitteraturen peker på at implementering innebærer forskjellige stadier. Utforskning, tilrettelegging, oppstart og full implementering (se Figur 1). Implementeringsstadiene er ikke lineære, men kan overlappe hverandre og det kan være nødvendig å gå fram og tilbake i stadiene. Det jobbes mot *bærekraftighet* (sustainability) helt fra utforskningsfasen. Implementeringen er bærekraftig når programmet har blitt standard praksis og systemer for opprettholdelse er på plass. Etter at programmet er bærekraftig kan man begynne å gjøre *tilpasninger* ut fra lokale forhold som kan føre til effektive lokale løsninger.

Det antas at det tar mellom 2 og 4 år fra utforskningsfasen til man har full implementering.

Figur 1: *Implementeringsstadier* (Fixsen et al., 2005)



Utforskning (exploration): Den første komponenten handler om å bli kjent og utveksle informasjon om programmet, slik at det blir klar forståelse rundt hvorvidt klinikken ønsker å implementere TF-CBT. I denne fasen vil NKVTS gjøre seg kjent med klinikkens behov slik at beskrivelser eller mål av aktiviteter kan knyttes til de behov klinikken har, før klinikken og NKVTS planlegge aktiviteter på neste nivå.

Tilrettelegging (installation): Innenfor denne komponenten er det også tett kontakt mellom NKVTS og klinikkene. Det legges til rette for implementering, for eksempel gjennom å tilrettelegge for nødvendige prosedyrer, skaffe nødvendig utstyr, sikre finansiering og finne de rette terapeutene – dersom det er behov for nyansettelser gjøres det på dette stadiet. Det utarbeides en tidsplan for hvordan TF-CBT kan bli tatt i bruk samt en plan for opplæring, oppfølging og måling av trofasthet til metoden. Man har en plan for hvem, hva, hvor, når og hvordan, og kontrakter signeres.

Oppstart implementering (initial implementation): Ansatte er nå på plass, og systemer for å identifisere traumatiserte barn og kartlegging av deres behandlingsbehov, evaluering av resultater, og systemer for å sikre implementeringen begynner å komme på plass. Opplæring er startet og TF-CBT tas i bruk i møte med nye pasienter. Det vil si at opplæringssakene i TF-CBT implementering faller inn under denne komponenten. Det er fortsatt tett kontakt og oppfølging fra NKVTS.

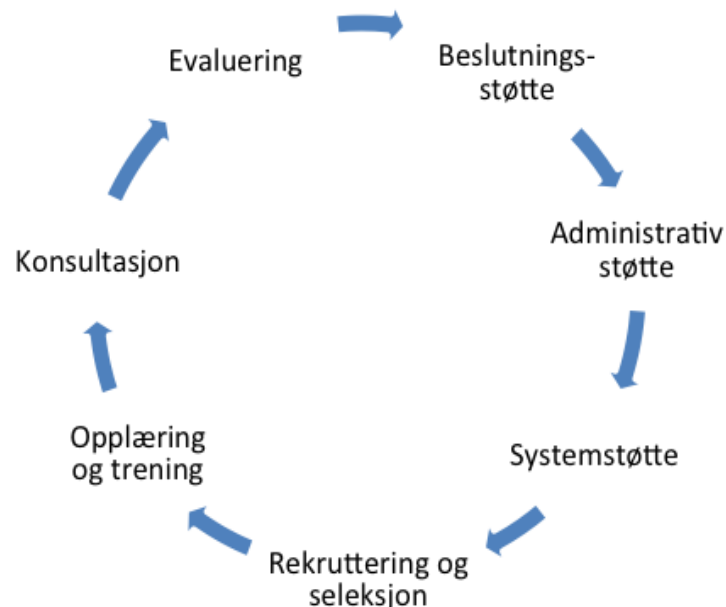
Full implementering (full implementation): Programmet er nå integrert på systemnivå, det er klare kommunikasjonskanaler, fokus på å løse utfordringer knyttet til ledelse, finansiering og kontinuerlig opplæring. Det er mindre kontakt med NKVTS, men TF-CBT terapeuter og veiledere deltar på oppfriskningskurs og det gjennomføres opplæring av nye TF-CBT terapeuter ved behov.

Implementeringskomponenter

I vårt implementeringsprogram bruker vi en implementeringsmodell utviklet av Fixsen og kollegaer som baserer seg på en systematisk gjennomgang av implementeringslitteraturen (2005; 2009). Denne modellen er ansett å være et nyttig rammeverk for de forskjellige implementeringsstadiene ved

implementering av en metode i stor skala (Hanson, Self-Brown, Rostad, & Jackson, 2016). Rammeverket peker på følgende syv implementeringskomponenter som avgjørende for at implementeringen av en evidensbasert metode skal bli vellykket: 1) Administrativ støtte, 2) Systemstøtte, 3) Rekruttering og seleksjon, 4) Opplæring og trening, 5) Konsultasjon, 6) Evaluering, 7) Beslutningsstøtte (se figur 2 fra Fixsen med flere, 2005; 2009). Disse punktene, operasjonalisert av TF-CBT implementeringsteamet, blir presentert i det følgende.

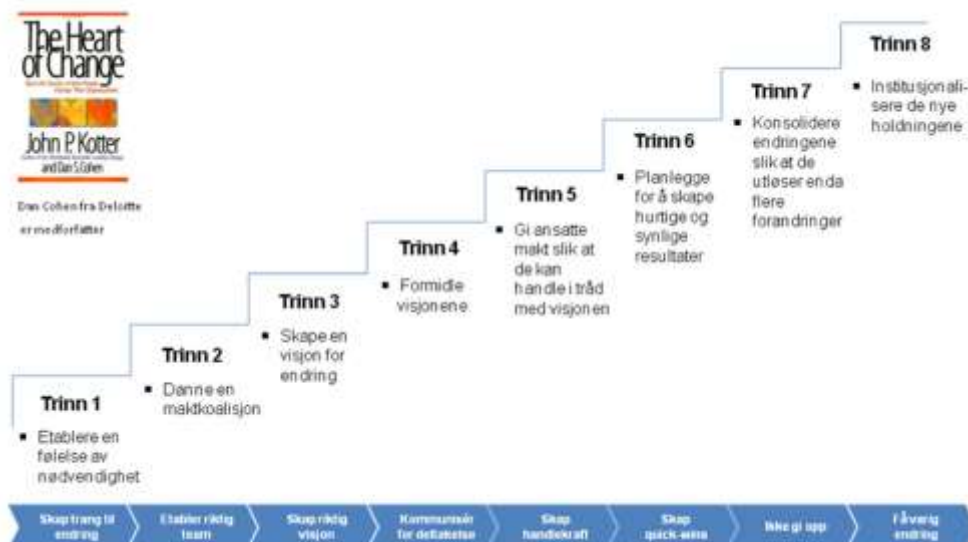
Figur 2: Implementeringskomponenter (core implementation components; Fixsen med flere, 2005; 2009)



1) Administrativ støtte

Administrativ støtte – innføring av systemer og rutiner for å støtte implementeringen. Her spiller ledelse en viktig rolle, gjennom å støtte og holde personalet organisert og fokusert på de ønskede resultatene av intervensjonen. Følgende trinn (Figur 3) har vist seg viktig at leder følger opp i forbindelse med endringsprosesser i organisasjoner, derunder implementering av en ny metode (Kotter & Cohen, 2012). Disse trinnene, med påfølgende TF-CBT spesifikke forslag, vil nå presenteres.

Figur 3: Leders rolle ved implementering av evidensbaserte metoder



1. *Skap trang til endring.* I forkant av implementering av en evidensbasert metode har det vist seg viktig at leder etablerer en følelse av nødvendighet
 - Skape forståelse for behovet for traumeperspektivet både blant ansatte og i møte med omsorgsgivere og barn og unge i BUP
 - Forklare og diskutere behovet for endrede rutiner og nye prosedyrer med de ansatte
2. *Etabler riktig team.* I neste omgang må man etablere riktig sammensatte team
 - Nøye utvelgelse av terapeuter som kan læres opp i metoden (de bør blant annet være fast ansatt og motiverte)
 - Man kan eventuelt designere en endringsagent som skal fungere som lederens høyre hånd – en intern implementeringsansvarlig (på fagnivå). Denne personen skal fasilitere implementeringen og bør derfor ha høy status blant de andre ansatte og må inneha god faglig autoritet
3. *Skap riktig visjon.* Det må skapes en visjon for endring
 - Hva ønsker vi å oppnå med implementering av TF-CBT og hvorfor?
 - Minne om mål for implementeringen samt status underveis
4. *Kommuniser for deltakelse.*
 - Visjoner og endringer må videre kommuniseres
5. *Skap handlekraft.* For å nå visjonene må lederen gi de ansatte makt og handlekraft til å handle i tråd med visjonene
 - TF-CBT terapeutene må gis rom og tid til å jobbe med traumesakene
 - Vise interesse, støtte og forståelse knyttet til utfordringer, stress og barrierer i terapeutenes arbeidshverdag
6. *Skap kortsiktige resultater, såkalte quick-wins.* Resultater må synliggjøres og formidles
 - Tilbakemelding og informasjon om hvordan det går med sakene er en viktig motivasjonsfaktor som bidrar til vellykket og bærekraftig implementering (Saunders, & Hanson, 2014). Leder bør derfor sørge for jevnlig formidling av traumeskårer og endring gjennom behandlingsforløpet
 - Informasjon om TF-CBT kartleggingen må jevnlig ut til alle ansatte slik at det blir en felles forståelse rundt hensikten og viktigheten av kartleggingen og traumebehandlingen
7. *Ikke gi opp.* Konsolidere endringene slik at de utløser enda flere forandringer.
 - Vurder mulige alternativer fortløpende
 - Endring er prosessorientert og bør derfor bli en naturlig del av organisasjonen
8. *Få varig endring.* De nye rutinene må institusjonaliseres slik at de blir bærekraftige over tid. Her vil det blant annet være viktig å bidra til positive holdninger og å skape gode rutiner knyttet til kartlegging og til anvendelse av selve behandlingsmetoden.
 - Tydelige skriftlige prosedyrer for implementering, blant annet hva som skal gjøres i forbindelse med oppstart av nye pasienter, vurdering av behov og behandlingstilbud, frister, innlevering av kartleggingsskjemaer, videre saksgang ved behov for traumebehandling osv.
 - Nyansatte må settes inn i prosedyrene
 - Sørge for rutiner hvor skjemaene ligger klare til førstegangssamtaler (ferdig skrevet ut)
 - Følge opp terapeutene og stadig minne på rutinene
 - Gi rom for at terapeutene kan gi tilbakemeldinger knyttet til implementeringen og prosedyrer for kartlegging
 - Utarbeider rutiner som bidrar til at aktuelle traumesaker blir fordelt til traumeterapeuter, også i saker hvor traumeproblematikk ikke kommer fram i henvisningen, for eksempel:
 - TF-CBT terapeuter holder av ½ eller 1 dag i uken som TF-CBT dag, til terapi, veiledning og møter der man kan gå gjennom og diskuterer kartleggingsresultatene og vurdere hvorvidt det er behov for TF-CBT i saker med skårer over klinisk grenseverdi.
 - Saker som skårer over klinisk grense for post-traumatisk stress går tilbake til inntaksteam for å fordeles på nytt
 - Åpne for at TF-CBT-terapeuter kan ta «del-opppdrag» i andres saker



- Teamledere etterspør kartleggingsskårene som et fast punkt på møte-agendaen og utgangspunkt for å drøfte egnet tilbud og videre behandlingsplan.
- Ut 2017: Tydelige rutiner på innlevering av kartleggings skjemaer for traumatiske hendelser (KATE) og posttraumatisk stress (CATS) (Sachser et al., akseptert for publisering 2016) til NKVTS. Alle skjemaer (også nei-svar) skal leveres så fort kartleggingen er gjennomført, og alle skal leveres fortløpende innen fristen (den 15. annenhver måned; 15. januar, 15. mars, 15. mai osv.).

2) Systemstøtte

Systemintervensjoner – sørge for økonomiske, organisasjonsmessige og personalmessige ressurser som kreves for å støtte behandlernes arbeid. Helsedirektoratet er oppdragsgiver for prosjektet. Prosjektet har en foreløpig tidsramme fra 2012-2017 og er finansiert over eget post i statsbudsjettet. Selve opplæringen og veiledningen av terapeuter og veiledere er derfor lite kostnadskreven for klinikkene og foregår stort sett i gruppe og over telefon. Klinikken forplikter seg til å:

- Sette av personalmessige ressurser til implementeringen
- Gi terapeutene tid og mulighet til å fordype seg og lære metoden
- Fortsette med veiledning og sørge for å vedlikehold av tilbudet over tid
- Sette av noe kontorfaglig ressurs som kan følge opp implementeringen, for eksempel gjennom å holde oversikt over kartleggingen, antall barn som får tilbud om TF-CBT og hvordan det går med sakene

3) Rekruttering og seleksjon

Rekruttering og seleksjon av deltagere – Denne komponenten handler om hvordan terapeuter velges ut; deres kvalifikasjoner, erfaringer og tro på metoden. Rekruttering av terapeuter som skal få opplæring i TF-CBT skjer gjennom at lederne velger ut en gruppe fast ansatte som selv ønsker å lære metoden og bruke den. Det anbefales at det er minst to, helst flere, terapeuter fra hver klinikk, slik at terapeutene har nære kollegaer som også kjenner metoden og som de kan drøfte saker med. Alle som er kvalifisert til å drive terapi på en BUP kan få opplæring.

4) Opplæring og trening

Opplæring og trening – Opplæringen består av seminarer, nettbasert kurs, lesing av manual, samt utprøving av metoden med kontinuerlig veiledning. Det er tre kompetansenivåer: terapeuter, veiledere og konsulenter.

TF-CBT terapeuter er de som utfører det daglige polikliniske arbeidet. For å kvalifisere seg som TF-CBT terapeut må terapeutene gjennomføre følgende opplæring i regi av NKVTS:

- 1) Gjennomgå et 2.5 dagers grunnopplæringskurs i TF-CBT der den første halve dagen er felles for alle ansatte ved BUP og har fokus på implementeringen av metoden, mens de resterende 2 dagene er for kommende TF-CBT terapeuter. Kursdagene tar for seg grunnleggende traumeforståelse samt komponentene innenfor TF-CBT.
- 2) Lese manualen (Cohen, Mannarino, & Deblinger; 2006. Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents).
- 3) Fullføre et nettbasert kurs i metoden (<http://tfcbt.musc.edu/>).
- 4) Gjennomføre 2-3* terapiløp med lydopptak og veiledning time for time av en godkjent konsulent ved NKVTS i form av ukentlig telefonveiledning.



- 5) Gjennomgå et 2-dagers fordypningsseminar i modellen som gis i løpet av den praktiske opplæringsperioden.
- 6) Motta jevnlig veiledning på TF-CBT saker.
- 7) Rapportere skårer på posttraumatisk stress (Child and adolescent trauma scale, CATS) før, under og etter behandling.

*Etter avtale med utviklerne av TF-CBT i juni 2016, blir det ut prosjektperioden kun gitt time-til-time veiledning på 1 sak, samt generell konsultasjon i øvrige saker i inntil 1 år.

Godkjente TF-CBT terapeuter får støtte i å bruke metoden ved å delta i jevnlig lokal veiledning med kollegaer. Etter omkring ett år gjennomføres et to-dagers fordypningskurs i metoden. I tillegg arrangerer NKVTS jevnlig vedlikeholdsseminarer som det anbefales å delta på.

Etter hvert som TF-CBT-terapeuter utvikler tilstrekkelig kompetanse, kan terapeuter bli utdannet til lokal veileder ved å gå veilederkurs og ved å få veiledning på egen veiledning gjennom 6-8 måneder. Veiledere skal drive kontinuerlig veiledning av de andre TF-CBT-terapeutene i poliklinikken. Veilederne må være godkjente TF-CBT terapeuter og velges ut fra kvalifikasjoner i samarbeid mellom BUP og NKVTS. For å bli godkjent veileder må de gjennomføre følgende opplæring i regi av NKVTS:

- 1) Delta på veilederseminar
- 2) Sette seg inn i det nettbaserte opplegget for viderekomende innen TF-CBT (<http://etl2.library.musc.edu/tf-cbt-consult/>)
- 3) Gjennomføre jevnlig veiledning av kollegaer med opptak av veiledningen gjennom ett helt TF-CBT løp, og få jevnlig veiledning av en TF-CBT-konsulent på sin veiledning i til sammen seks måneder.

TF-CBT konsulentene er ansatt sentralt ved NKVTS. De gjennomfører «train-the-trainer» program med utviklerne av metoden og blir godkjent av disse. Konsulentene driver opplæring i metoden i form av undervisning, veiledning og konsultasjon. NKVTS bidrar til at det er tilstrekkelig kapasitet på tilbudet om TF-CBT ved hver klinikk ved jevnlig å tilby opplæring av nye terapeuter ved utskiftninger i personalet.

5) Konsultasjon

Vedvarende trening og konsultasjon – evaluering av effekt og troskap til metoden. Dette innebærer innføring av systemer for hvordan TF-CBT terapeutene får tilbakemeldinger, støtte og råd fra veiledere og konsulenter og deres muligheter for å praktisere metoden. Målet med disse systemene er å sikre at kunnskapen vedlikeholdes og kvaliteten opprettholdes over tid.

Klinikkene må jobbe kontinuerlig for å holde traumefokuset oppe, og det anbefales derfor å ha internundervisning/møter/seminarer om forskjellige relevante temaer der alle øver og styrker hverandres kompetanse på området. Det anbefales også at det holdes interne møter og seminarer på klinikkene som tar for seg implementering av TF-CBT, for eksempel gjennom å diskutere evalueringsrutiner og hva som hemmer og fremmer implementeringen.

Implementeringsgruppen ved NKVTS har jevnlig telefonmøter med BUP-ledere, både i grupper og individuelt. Implementeringsdata som blir samlet inn blir blitt gitt som feedback til lederne. Disse dataene inneholder blant annet prosentandel som har blitt kartlagt ved klinikken (reach), andel som har opplevd traumer og antall som skårer over klinisk grenseverdi for posttraumatisk stress, samt sammenslåtte data fra TF-CBT sakene (alder, kjønn, traumetype etc. for de som mottar TF-CBT).



6) Evaluering

Evaluering av gjennomføring – innføring av systemer for vurderinger av terapeutenes gjennomføring av metoden (fidelity) og utfall hos mottakerne, det vil si hvorvidt barna blir bedre. Gode systemer for evaluering underveis er viktig for å kunne identifisere eventuelle behov for nye rutiner. For å måle terapeutenes gjennomføring av metoden følges terapeutene opp av konsulenter ved NKVTS på opptil tre saker i opplæringsperioden (se punkt Opplæring og trening). Fidelity sjekkes kontinuerlig time for time gjennom et helt behandlingsforløp gjennom hele opplæringsperioden (Deblinger, Cohen, Mannarino, Murray, & Epstein, 2008). Samtidig fyller alle terapeuter som har TF-CBT saker parallelt med opplæringen og ferdig sertifiserte terapeuter ut progresjonsskjemaer for hver enkelt TF-CBT sak (Ebert, Amaya-Jackson, Markiewicz, Kisiel, & Fairbank, 2012). Progresjonsskjemaene brukes direkte i veiledning av terapeuter. Den lokale veilederen eller andre som har fått dette som oppgave, for eksempel kontorfaglig ansatt, samler inn disse progresjonsskjemaene og sender de inn til NKVTS. Barnas bedring måles gjennom bedring i post-traumatiske stress symptomer, målt før, underveis og etter behandlingsslutt.

7) Beslutningsstøtte

Beslutningsstøttende kunnskapssystemer – innsamling av informasjon om hvordan det går med implementeringen (både på prosessnivå og i forhold til utfallsmål) som kan bidra til å gjøre nødvendige tilpasninger så implementeringen blir bærekraftig. Dette innebærer innføring av systemer for å fange opp aktuelle klientgrupper, og tiltak slik at hele organisasjonen bidrar til implementeringen. For å kunne tilby traumebehandling må man først identifisere de barna som kan ha nytte av en slik behandling (målgruppen).

I løpet av implementeringsprosjektet har vi erfart at det er viktig å ha gode systemer for å kartlegge for potensielt traumatiserende hendelser for å kunne fange opp barn som har behov for en traumefokusert behandling på et tidlig stadium. Dersom det ikke kartlegges for traumer, risikerer vi at barn feildiagnostiseres eller mottar behandling for andre tilstander som har overlappende symptomer med det som kjennetegner posttraumatisk stress. Resultatet kan være at det som er årsaken til symptomene forblir ubehandlet (Reigstad, Jørgensen, & Wichstrøm, 2006; Reigstad & Kverno, 2015; Ormhaug med flere, 2012; Røberg, 2011; Storøy & Kaspersen, 2014). Derfor skal alle barn i alderen 6–18 år som blir henvist til en BUP som er med i TF-CBT implementering bli kartlagt for potensielt traumatiserende hendelser på et av de første møtene ved hjelp av KATE-B (Kartlegging av traumatiske episoder – barn, se Appendix 2). Aller helst skal også foreldre/omsorgsgivere bli spurt om barnas traumeopplevelser med KATE-F (foreldre, se Appendix 3). Studier viser imidlertid at det er ofte stor diskrepans mellom antall og type traumer som blir rapportert av barn og det som blir rapportert av deres omsorgsgivere. Barn rapporterer gjennomgående om flere traumehendelser og mer vold og overgrep fra omsorgsgivere (Dyb, Holen, Braenne, Indredavik, & Aarseth, 2003; Kolko, Kazdin, & Day, 1996; Lewis med flere, 2012; Meiser-Stedman, Smith, Yule, Glucksman, & Dalglish, 2016; Yule & Canterbury, 1994) samt høyere forekomst av PTSD (e.g. Meiser-Stedman et al., 2016). Derfor er det veldig viktig at barn snakkes direkte med og uten at foreldre er tilstede.

De barna som rapporterer minst en potensielt traumatiserende hendelse skal videre kartlegges for posttraumatiske stress-symptomer gjennom screeningverktøyet Child and Adolescent Trauma Screen, CATS (se Appendix 4). For å vurdere barnas bedring skal barnet fylle ut symptomsmål på posttraumatisk stress etter time 6 og ved terapislutt i tillegg til ved oppstart. De som skårer over klinisk grenseverdi på 15, og som etter en vurdering tenkes å ville ha nytte av traumefokusert behandling, skal få tilbud om TF-CBT (eller annen evidensbasert traumebehandling; for eksempel EMDR). Gjennom den kliniske vurderingen må det blant annet vurderes om symptomene har sammenheng med traumehendelsene, og om de er i en trygg omsorgssituasjon.

For å kunne evaluere progresjonen av implementeringsarbeidet skal alle BUPene utarbeide egne oversikter over hvor mange av barna i nyoppstartede saker som blir kartlagt med KATE-B/F og CATS, hvor mange som skårer over klinisk grenseverdi, hvor mange som får tilbud om TF-CBT og hvor mange

som faktisk starter opp med TF-CBT. Alle KATE- og CATS-skjemaer skal sendes til NKVTS annenhver måned. Denne informasjonen danner utgangspunkt for å jobbe med forbedringer og utarbeide spesifikke nødvendige tiltak.

Anbefalinger til ledelse/ledere

Ledelse spiller en avgjørende rolle i implementering av evidensbaserte metoder. Dette kan knyttes til at leder generelt sett spiller en viktig rolle for å fremme et godt og effektivt arbeidsmiljø, og dermed også et godt implementeringsklima (Aarons & Sommerfeld, 2012). Det anses blant annet viktig at ledere legger til rette for å støtte ansattes indre motivasjon – som blant annet kan gjelde motivasjon til å prøve nye evidensbaserte metoder. Det kan imidlertid være utfordrende å utøve en slik støttende ledelse i et system preget av mye kartlegging og frister og som måles på mange andre kvalitetsindikatorer enn effekten av behandlingen som gis (Jacobsen, 2014). BUP-ledere som vi snakker med gjennom telefonkonsultasjonene opplever krav til alt som skal dokumenteres, innføres, kontrolleres og sikres innen visse frister, og som blir pålagt av myndighetene, som utfordrende. Vellykket implementering er likevel helt avhengig av ledelsens involvering. Det anbefales at ledelsen har det overordnede ansvaret for å følge opp implementeringen av TF-CBT ved egen klinikk. Det kan også være hensiktsmessig for leder å få med seg flere som er engasjert i implementeringen og etablere et eget implementeringsteam med deltagere på alle nivåer i organisasjonen. For å nå målet om at flest mulig barn med behov skal motta evidensbasert traumebehandling er det viktig at ledelsen/leder bidrar til at det utarbeides gode interne rutiner for kartlegging med KATE og CATS og for vurdering av egnet tilbud for de med høye symptomskårer. Gode rutiner kan bidra til at kartleggingsrutiner blir en internalisert del av klinikkens praksis, noe som vil lette arbeidet med oppfølging på sikt. Det er ledelsens ansvar å sikre at TF-CBT kompetansen ved klinikken opprettholdes og er tilstrekkelig til at alle med behov kan få tilbud om behandlingen (se Appendix 5 med sjekkliste som oppsummerer disse anbefalingene).

Anbefalinger til kontorfaglig ansatt

Kontorfaglig ansatt har en viktig funksjon i etablering og oppfølging av nye rutiner. Det har vist seg effektivt at man har en kontorfaglig ansatt, pluss eventuelt en reserve, som har hovedansvar for å følge opp implementeringsarbeid:

1. Sørge for at terapeutene får en mappe hvor alle kartleggingsskjemaer ligger vedlagt (KATE B og – F, CATS, samtykkeskjemaer) i forbindelse med oppstart med nye pasienter.
2. Samle inn KATE- og CATS-skjemaer og lage totaloversikter over kartleggingen.
3. Føre oversikt over alle nyoppstartede saker og saksansvarlig terapeut ved klinikken, og følge opp hver enkelt sak på individnivå, for eksempel ved å krysse av de skjemaer som de får inn til skanning og at de etterspør skjemaer som mangler etter en viss tid.
4. Holde oversikt over hvem som har blitt kartlagt og hvem som ikke har blitt kartlagt.
5. Holde en oversikt over de sakene hvor pasienten ikke lenger er ved poliklinikken (drop out).
6. Ansvar for å sende inn alle skjemaer til NKVTS til avtalte frister.
7. Overføre opptak av behandlingstimene til krypterte minnepinner, merket med klinikknummer, terapeutens initialer, saksnummer (1, 2 eller 3), timenummer, og merket med B dersom opptaket skal oppbevares eller S dersom opptaket skal slettes.
8. Sørge for at opptakene av opplæringstimene sendes TF-CBT konsulentene fortløpende slik at disse rekker å bli lyttet til før den ukentlige telefonveiledningen (se Appendix 8).

Anbefalinger til terapeuter

Alle barn og unge mellom 6–18 år skal kartlegges med KATE-B, selv om de også kartlegges med andre verktøy som kan være overlappende. Kartleggingen bør skje så tidlig som mulig i oppstartsfasen, helst i første eller andre konsultasjon slik at man kan lage en tilpasset behandlingsplan. Vår erfaring er at de aller fleste barna klarer fint å svare både på mulig traumeeksponering og symptomer. Men noen barn kan være utrygge i sine første møter på BUP. Noen barn, spesielt de minste, kan være urolige og kan ha problemer med å sitte stille lenge nok til å kunne gjennomføre kartleggingen eller de kan ha problemer med å forstå enkelte av spørsmålene. Andre kan vise motstand ved ikke å ville svare på spørsmålene. Det kan i slike



situasjoner oppleves utfordrende for terapeuten å kartlegge barn for potensielt traumatiserende hendelser (KATE-B) og for symptomer på posttraumatisk stress (CATS). Vi anbefaler følgende (se også Appendix 8):

1. Det er viktig å sørge for at kartleggingen gjennomføres på en mest mulig trygg og god måte.
2. Det er ikke nødvendig at spørsmålene stilles ordrett fra skjemaene, så lenge man får fram meningen i hvert enkelt spørsmål. Man kan for eksempel finne alternative formuleringer og eventuelt komme med eksempler på hva som menes for å gjøre det enklere for de minste barna å forstå spørsmålene. Ofte kan det være enklere å gjennomføre KATE B og CATS som et klinisk intervju av barna. Det anbefales at det spørres etter konkrete handlinger (eks. "har du blitt lugget, slått, sparket...") og ikke generelle beskrivelser ("har du blitt utsatt for vold?").
3. Vi anbefaler at barnet kartlegges uten omsorgsgiver til stede. Barn og omsorgsgiver kan opplyses om at dette er noe som alle blir spurt om rutinemessig når de kommer til BUP.

Det er grunn til å tro at barn gir mer riktig informasjon om opplevde traumer enn det omsorgspersoner gjør på deres vegne

Når og hvordan gå videre med CATS-kartlegging?

- Dersom barnet svarer JA på ett eller flere av spørsmålene må du snakke med barnet om hva som har skjedd, om dette var en situasjon der barnet ble fryktelig redd og overveldet, og om det er noe som fortsatt pågår. Kartleggingen med CATS skal brukes for å danne grunnlag for å vite hvorvidt opplevelsene(e) fører til symptomer innen de fire ulike kategoriene i PTSD; gjenopplevelse (spm. 1-5), unngåelse (spm. 6-8), negativ endring i affekt og kognisjoner (spm. 9-14), og fysiologisk aktivisering (spm. 15-20). CATS skal gjennomføres med utgangspunkt i den verste hendelsen (målt gjennom spørsmål 16 på KATE-B: «Hvilken av disse hendelsene plager deg mest nå?»), eller det traumet som dukker opp i gjenopplevelser.
- I enkelte tilfeller kan terapeuten vurdere at det barnet oppgir på KATE-B ikke er en traumatiserende hendelse, for eksempel naturlig død av en bestefar eller lignende (spørsmål 5 på KATE-B: «Har noen mennesker som du har vært glad i blitt hardt skadet, alvorlig syk eller dødd plutselig?») eller ved å være vitne til en slåsskamp på skolen (spørsmål 9 på KATE-B: «Har du noen gang sett andre uten for familien blitt slått, slåss eller angripe hverandre?»). I slike tilfeller er det viktig at terapeuten utforsker hvordan barnet har opplevd hendelsen. Erfaring viser at for noen barn så kan tilsynelatende udramatiske hendelser føre til frykt og avmakt. Men dersom man vurderer det slik at hendelsen ikke oppfyller kriteriene for en potensielt traumatiserende hendelse vil det ikke være nødvendig å kartlegge barnet for posttraumatisk stress med CATS. For at NKVTS skal kunne evaluere implementeringsarbeidet ønsker vi at terapeuten skriver nederst på KATE-B skjemaet om hvorfor CATS ikke ble tatt. På den måten vil ikke kartleggingstallene gjenspeile falske positive responser som vil tolkes dithen at barnet ikke ble kartlagt for traumesymptomer og dermed ikke fikk sjansen til å motta traumefokusert behandling. Hvis man er i tvil om hvorvidt barnets opplevelser kan ha ført til posttraumatiske stress-symptomer, så skal det kartlegges med CATS.

Anbefalte prosedyrer når barnet skårer over klinisk grenseverdi for PTSD

- Ved skåre over 15 på CATS skal det vurderes om vanskene har sammenheng med traumehendelser. Det er ikke nødvendig å fylle alle kriteriene i en PTSD-diagnose for å kunne ha nytte av TF-CBT. Det anbefales at det bør være minst ett symptom innen alle symptomkategoriene. Dette er ikke noe absolutt krav, så her må man bruke terapeutisk skjønn. Det kan for eksempel være vanskelig for mindre barn å få skårer på unngåelses-kategorien fordi de har mindre kontroll på hva de kan unngå.
- Hvis det vurderes at det er et høyt nivå av posttraumatisk stress, og det ikke er andre tilstander som krever oppmerksomheten i første omgang (for eksempel uttalt fare for suicid, store rusproblemer som vanskeliggjør poliklinisk behandling, alvorlig tvangslidelse, psykose eller farlig atferd) så bør det tilbys traumespesifikk behandling.



- Nederst på CATS er det spørsmål om «Tilbys TF-CBT?, ja eller nei, og hvis nei, hvorfor?». Dette spørsmålet må fylles ut for at vi skal få informasjon om hvor stor andel av målgruppen som faktisk får tilbud om evidensbasert traumebehandling og i hvor stor grad klinikken lykkes med implementering av metoden.
- Hvis det er skårer over 15 og det svares nei på spørsmål om hvorvidt det tilbys TF-CBT, så er det viktig å skrive hvorfor, for eksempel at dette skyldes manglende kapasitet eller vurdering av annen behandling.

KRITERIER FOR VELLYKKET IMPLEMENTERING AV TF-CBT I BUP

Fixsen og kollegaer (2005; 2009) peker på fire hovedpunkter som må ligge til rette for vellykket implementering av evidensbaserte metoder: 1) Man må finne målgruppen (de barna om sliter med mye posttraumatiske stressplager og tilby TF-CBT til de med behov); 2) metoden må følges slik den er tenkt; 3) man må oppnå gode resultater, og 4) metoden (traumebehandlingen) må etableres som et fast tilbud ved klinikken:

1. Utbredelse («reach»): I hvor stor grad man når målgruppen
2. Troskap («fidelity»): I hvor stor grad man følger metoden slik den er tenkt
3. Resultat («outcome»): I hvor stor grad man får gode resultater
4. Holdbarhet («sustainability»): I hvor stor grad tilbudet holdes ved like over tid

Utbredelse (reach)

Utbredelse, eller «reach», handler om i hvor stor grad man når målgruppen. Vi ser noen utfordringer knyttet til reach – alle barn blir ikke fanget opp. Vi ser at en del klinikker fordeler saker etter ut i fra hvilke terapeuter som har kapasitet, og ikke nødvendigvis hvem som har best kompetanse på den aktuelle problemstillingen. Dette kan bidra til at ikke alle får den type behandling de sannsynligvis ville hatt mest nytte av. Noen ganger blir ikke barna kartlagt, mens andre ganger får de ikke tilbud om traumefokusert behandling til tross for høyt symptomtrykk. Vi erfarer at utfordringer knyttet til kartlegging av vold og overgrep og posttraumatiske stress-symptomer i stor grad ser ut til å skyldes mangelfulle kartleggingsrutiner eller ubehag hos terapeuten. En kvalitativ studie omhandlende implementering av TF-CBT i USA fant tilsvarende: «...Jeg tror at det er mye unngåelse hos klinikerne. De er bekymret for om de er slemme. ...» (Hanson med flere, 2014, s. 526). I begynnelsen var det flere som pekte på at det kunne oppleves ubehagelig eller at det var noe motstand knyttet til å spørre barn om traumer, men tilbakemeldingene vi har fått tyder på at dette har endret seg når terapeutene har fått mer erfaring med kartlegging. Barna i TF-CBT implementering synes generelt ikke å bli opprørt eller stresset av å bli kartlagt for traumer. Dette er i tråd med tidligere innhentede tall fra kartlegging av traumer ved BUP, som viste at kun 5 prosent av barna syntes det var ubehagelig å bli kartlagt for traumer (Dos Santos, Jensen, & Ormhaug, 2016). Dette samsvarer videre med resultatene fra 4503 kartlagte barn i alderen 10-17 år i USA, der kun 4,5 prosent rapporterte at de opplevde kartleggingen som opprørende (Finkelhor, Vanderminden, Turner, Hamby, & Shattuck, 2014). Det er verdt å merke seg at antall saker der det har blitt gjort kliniske vurderinger som konkluderer med annen type behandling og antall saker som ikke får tilbud om TF-CBT tross høye skårer på posttraumatisk stress (for eksempel på grunn av svikt i rutiner eller bemanningsproblemer) er vanskelig å måle.

Troskap (fidelity)

I TF-CBT er det lagt opp til at behandlingen tilbys med fleksibilitet og at innholdet i komponentene tilpasses det enkelte barn. Det er allikevel viktig at arbeidet under hver komponent følger anbefalingene fra utviklerne av metoden, da dette vurderes å være viktig for best resultat. Det er også viktig at metoden tilpasses det enkelte barn og aktuell problematikk. Troskap til metoden, altså i hvor stor grad metoden følges slik den er tenkt, måles i opplæringssakene som det lyttes til ved at konsulentene ved NKVTS registrerer dette for hver time. Det gis tilbakemelding til terapeuten på gjennomføringen i gruppeveiledningen.



I opplæringssaker som det ikke lyttes til, og TF-CBT-saker som terapeuter har etter at de er godkjente, fyller terapeutene selv ut et skjema hvor de vurderer deltagelse, engasjement, overholdelse av metoden, progresjon og utfall i hver sak (Progresjonsskjema). Lokale TF-CBT-veiledere har fokus på hvordan metoden følges i de sakene som drøftes i veiledningene. På den måten opprettholdes et fokus på at TF-CBT gjennomføres som anbefalt over tid.

Resultat (outcome)

Etter fem år hvor TF-CBT har blitt implementert i BUP forteller ledere og terapeuter om økt traumefokus på klinikkene og at mange barn som ellers ikke ville blitt fanget opp blir kartlagt og får tilbud om traumespesifikk behandling. Foreløpige tall viser videre at gjennomsnittskårene for CATS er godt under klinisk grenseverdi etter endt terapiløp.

Ett år etter at klinikkene starter opp med TF-CBT blir TF-CBT terapeuter og ledere bedt om å fylle ut et skjema som måler erfaringer med bruk og implementering av metoden. Foreløpige resultater, fra 134 terapeuter og ledere, viser at de aller fleste opplever at fordelene med å implementere TF-CBT er langt større enn ulempene (på en skala fra 1-8 svarer de i gjennomsnitt 7,6), at implementeringen har hatt positive konsekvenser for arbeidsplassen (gjennomsnittskåre 6,7) og at arbeidsplassen har blitt mer effektiv (gjennomsnittskåre 5,3). Det er stor enighet om at barna har blitt bedre som følge av at TF-CBT (gjennomsnittskåre 6,9). Det er verdt å merke seg at ikke alle terapeuter og ledere har besvart skjemaet, og vi kan dermed ikke si noe om deres erfaringer.

Holdbarhet (sustainability)

Erfaringene vi har høstet er at det er høy grad av engasjement for metoden og implementeringen. Innsamlet implementeringsdata fra NKVTS blir gitt som feedback til lederne, både i telefonmøtene og i oversikter som blir sendt ut annenhver måned. Her får de blant annet tilbakemelding om hvorvidt de har oppnådd sine mål. De fleste klinikker har jevnlig møter med terapeutene der det er åpnes opp for diskusjoner og tilbakemeldinger på implementeringsarbeidet. Samtidig erfarer vi at det kan være vanskelig å følge opp implementeringen grunnet kapasitetsproblemer. For å unngå at praksis sklir over igjen til "therapy as usual", er det viktig med implementeringssystemer som vedlikeholder og sikrer tilbudet over tid, uavhengig av utskiftninger i personalet. Kontinuerlig arbeid med lokal veiledning er en måte å sikre opprettholdelse. Videre tyder forskning på at følgende elementer er viktige for å oppnå bærekraftig implementering over tid: «Engasjert ledelse, opplæring og samarbeid mellom klinikere og de som rekrutterer/henviser barn; og pågående evaluering og konsekvente tilbakemeldinger til profesjonelle utøvere», i dette tilfellet TF-CBT terapeutene (Saunders & Hanson, 2014, s. 243).



REFERANSER

- Aarons, G., & Sommerfeld, D. H. (2012). Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence based practice during a statewide implementation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(4), 423–431.
- Aas, E., Iversen, T., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (under vurdering for publisering, 2016). Cost-utility analysis of trauma focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT): A randomized controlled trial among adolescent with post-traumatic stress disorder.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Dos Santos, N., Jensen, T., & Ormhaug, S. (2016). Er det så ille å bli spurt om traumer? Barns opplevelse av traumekartlegging i BUP. *Norsk Psykologforening*, 53(7), 536–545.
- Dumas, J. E., Lynch, A. M., Laughlin, J. E., Smith, E.P., & Prinz, R. J. (2001). Promoting intervention fidelity: Conceptual issues, methods, and preliminary results from the Early Alliance prevention trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(1), Suppl.:38–47.
- Dyb, G., Holen, A., Braenne, K., Indredavik, M. S., Aarseth, J. (2003). Parent-child discrepancy in reporting children's post-traumatic stress reactions after a traffic accident. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(5), 339–344.
- Ebert, L., Amaya-Jackson, L., Markiewicz, J. M., Kisiel, C., & Fairbank, J. A. (2012). Use of the breakthrough series collaborative to support broad and sustained use of evidence-based trauma treatment for children in community practice settings. *Administration and Policy in Mental Health*, 39(3), 187–199.
- Finkelhor, D., Vanderminden, J., Turner, H., Hamby, S., & Shattuck, A. (2014). Upset among youth in response to questions about exposure to violence, sexual assault and family maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 217–223. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.07.021
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19. DOI: 10.1177/1049731509335549
- Hallfors, D., & Godette, D. (2002). Will the 'principles of effectiveness' improve prevention practice? Early findings from a diffusion study. *Health Education Research*, 17(4), 461–470.
- Hanson, R. F., Gros, K. S., Davidson, T. M. ... & Ruggiero, K. J. (2014). National trainers' perspectives on challenges to implementation of an empirically-supported mental health treatment. *Administration and Policy in Mental Health*, 41, 522–534.
- Hanson, R. F., Self-Brown, S., Rostad, W. L., & Jackson, M. C. (2016). The what, when, and why of implementation frameworks for evidence-based practices in child welfare and child mental health service systems. *Child Abuse & Neglect*, 53, 51–63.
- Jacobsen, D. I. (2014). Transformativ ledelse – betydningen av offentlighet. *Magma - Tidsskrift for økonomi og ledelse*, 17(5), 46-55. ISSN 1500-0788.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M. ... Wentzel-Larsen, T. (2013). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369.
- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (under vurdering for publisering, 2016). A Follow-up study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Fjermestad, K., & Wentzel-Larsen, T. (under vurdering for publisering, 2016). Change in posttraumatic cognitions mediates treatment effects for traumatized youth – A randomized controlled trial.
- Kolko, D. J., Kazdin, A. E., & Day, B. T. (1996). Children's perspective in the assessment of family violence: Psychometric characteristics and comparison to parent reports. *Child Maltreatment*, 1(2), 156–167.



- Kotter, J. P., & Cohen, D. S. (2012). *The heart of change: Real-life stories of how people change their organizations*. John P. Kotter and Deloitte Consulting LLC.
- Lang, J. M., Franks, R. P., Epstein, C., Stover, C., & Oliver, J. A. (2015). Statwide dissemination of an evidence-based practice using Breakthrough Series Collaboratives. *Children and Youth Services Review*, 55, 201–209.
- Lewis, T., Thompson, T., Kotch, J. B. ... & Dubowitz, H. (2012). Parent–youth discordance about youth-witnessed violence: Associations with trauma symptoms and service use in an at-risk sample. *Child Abuse and Neglect*, 36, 790–797.
- Meiser-Stedman, Smith, Yule, Glucksman, & Dalgleish (2016). Posttraumatic Stress Disorder in young children 3 years posttrauma: Prevalence and longitudinal predictors. *Journal of Clinical Psychiatry*, doi: 10.4088/JCP.15m10002
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS (2016). *Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT Implementering*. Hentet fra <https://www.nkvts.no/prosjekt/behandling-av-traumatiserte-barn-og-unge-tf-cbt-implementering/>
- Nøkleby, K. A. (2001). Hvorfor så fine ord? Skriv norsk! *Tidsskrift for den norske legeforening*, 9(121), 1153.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T., Hukkelberg, S. S., & Holt, T. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemte? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(3), 234– 240.
- Reigstad, B., Jørgensen K. & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and selfreported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalence and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 58–66.
- Reigstad, B., & Kvernmo, S. (2015). ADHD eller noe annet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52, 203– 211.
- Røberg, L. (2011). Hvordan kan vold mot barn avdekkes i psykisk helsevern? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(6), 538– 543.
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T.K., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R., Goldbeck, L. (Akseptert for publisering). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders*.
- Saunders, B., & Hanson, R. F. (2014). *Innovative methods for implementing evidence-suported interventions for mental health treatment of child and adolescent victims of violence*. In R. M. Reece, R. R. Hanson, & J. Sargent, J. (Eds.) (2014). *Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, an legal practitioners*, 2nd edition (pp. 235– 245).
- Storøy, H., & Kaspersen, L. I. (2014). *Traumekartlegging av barn og unge med ADHD i en BUP-populasjon*. Hovedoppgave, Norges Arktiske Universitet, det helsevitenskaplige fakultet, institutt for psykologi.
- Ungsinn (2013). Beskrivelse og vurdering av tiltaket Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Hentet fra https://www.ungsinn.no/post_tiltak/tf-cbt/
- Yule W & Canterbury, R. (1994). The treatment of post traumatic stress disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 6(2/3).



Appendix 1 Publikasjoner om TF-CBT

Undervisningsmaterieell/publikasjoner om TF-CBT

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E. Child and Parent Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy Treatment Manual. Drexel University College of Medicine (available from the authors at jcohen1@wpahs.org).
- Cohen, J. a., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. a. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse and Neglect*, 36(6), 528–541.
<http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Publications.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., & Mannarino, A. P. (2016). *Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families*. Psychotherapy Research, ISSN: 1050-3307.

Implementering og informasjonsspredning (dissemination) av TF-CBT

- Cohen, J., & Mannarino, A. P. (2008). Disseminating and implementing Trauma-Focused CBT in community settings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(4), 214–226.
- Lang, J. M., Franks, R. P., Epstein, C., Stover, C., & Oliver, J. A. (2015). Statwide dissemination of an evidence-based practice using Breakthrough Series Collaboratives. *Children and Youth Services Review*, 55, 201–209.
- Mannarino, A., Mallah, K. and co-directors (2008). How to implement Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. Los Angeles & Durham: The National Child Traumatic Stress Network. Hentet fra http://www.nctsnet.org/nctsn_assets/pdfs/TF-CBT_Implementation_Manual.pdf
- Sigel, B.A., Benton, A.H., Lynch, C.E., & Kramer, T.L. (2013). Characteristics of 17 statewide initiatives to disseminate trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 323–333. doi:10.1037/a0029095
- Sigel, B. A., Kramer, T. L., Conners-Burrow, N. A., Church, J. K., Worley, K. B., & Mitrani, N. A. (2013). Statewide dissemination of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT). *Children and Youth Services Review*, 35(6), 1023–1029.

Publikasjoner om TF-CBT fra Norge

- Aas, E., Iversen, T., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (under vurdering for publisering, 2016). Cost-utility analysis of trauma focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT): A randomized controlled trial among adolescent with post-traumatic stress disorder.
- Fagermoen, E. M., Østensjø, T., Skagemo, C. U., Moen, G. M., & Husebø, G. (under vurdering for publisering, 2016). TF-CBT og komplekse traumer.
- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (under vurdering for publisering, 2016). A Follow-up Study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Fjermestad, K., & Wentzel-Larsen, T. (under vurdering for publisering, 2016). Change in posttraumatic cognitions mediates treatment effects for traumatized youth – A randomized controlled trial.
- Dos Santos, N. E., Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2016). Er det så ille å bli spurt om traumer? Barns opplevelser av traumekartlegging i BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53(7), 536–545.
- Holt, T. (2016). *Betydningen av foreldres reaksjoner og støtte*. I Överlien, Hauge, Schultz (red). Møter med unge i utsatte livssituasjoner. Universitetsforlaget.
- Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2016). *Behandling av barn og ungdom som har erfart traumer Barn, vold og traumer*. I Överlien, Hauge, Schultz (red). Møter med unge i utsatte livssituasjoner. (pp. 237–250): Universitetsforlaget



- Jensen, T., K. (2016). "Det er som om stefar er inni hodet mitt hele tiden". *Hvordan kan vi forstå og hjelpe traumatiserte barn og ungdom?* In H. Haavind & H. Øvreeide (Eds.), *Barn og Unge i psykoterapi* 2. utgave (pp. 312-337). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2016). Investigating treatment characteristics and first-session relationship variables as predictors of dropout in the treatment of traumatized youth. *Psychotherapy Research*, 1–15. doi:10.1080/10503307.2016.1189617
- Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Wentzel-Larsen, T. (2015). Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 6. doi:10.3402/ejpt.v6.27705
- Holt, T., Cohen, J. A., & Mannarino, A. (2015). *Factor structure of the Parent Emotional Reaction Questionnaire: Analysis and validation. European Journal of Psychotraumatology*, 6, <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6.28733>
- Dittmann, I., & Jensen, T.K. (2014) Giving a voice to traumatized youth - Experiences with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1221–1230.
- Holt, T., Cohen, J. A., Mannarino, A., & Jensen, T. K. (2014). Parental emotional response to children's traumas. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(10), 1057–1071.
- Holt, T., Jensen, T. K., & Wentzel-Larsen, T. (2014). The change and the mediating role of parental emotional reactions and depression in the treatment of traumatized youth: Results from a randomized controlled study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. doi: 10.1186/1753-2000-8-11
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youth: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 52–64
- Glad, K., Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2013). Exploring self-perceived growth in a clinical sample of severely traumatized youth. *Child Abuse & Neglect*. 37(5), 331–342.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., . . . Wentzel-Larsen, T. (2013). A randomized effectiveness study comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with Therapy as Usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369. doi:10.1080/15374416.2013.822307.
- Jensen, T. K., Granly, L. B., Hoaas, L., & Stormyren, S. D. (2012). *Traumefokusert kognitiv atferdsterapi for barn og unge som har vært utsatt for traumer*. I K. Martinsen & R. Hagen (red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi for barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S. Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(3), 235–240.
- Hukkelberg, S. S. & Jensen, T. K. (2011). The dimensionality of posttraumatic stress symptoms and their relationship to depression in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 24, (3), 326–333.
- Jensen, T. K. (2011). Posttraumatisk stress hos barn og unge – forståelse og prinsipper for behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), 57–63.
- Stormyren, S. D., & Ormhaug, S. M. (2009). Barns reaksjoner på traumatiske opplevelser. *Fosterhjemskontakt*, 28(2), 3–4.

Internasjonale publikasjoner om TF-CBT: Randomiserte kontrollerte studier inkludert oppfølgingsstudier

- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393–402.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42–50.



- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 3(1), 17–26.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 165(1), 16–21.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Jankowski, K., Rosenberg, S., Kodya, S., & Wolford, G. L. (2016). A randomized implementation study of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for adjudicated teens in residential treatment facilities. *Child Maltreatment*, 21(2), 156–167. doi:10.1177/1077559515624775
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135–145.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M., & Staron, V. (2007). A pilot randomized controlled trial of combined Trauma-Focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 811–819. doi:10.1097/chi.0b013e3180547105
- Deblinger, E., Lippman, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1, 310–321.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28(1), 67–75. doi:10.1002/da.20744
- Deblinger, E., Stauffer, L., & Steer, R. A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6, 332–343.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse Y related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474–1484. <http://doi.org/10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb>
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Lindauer, R. J. L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 227–236. doi:10.1007/s00787-014-0572-5
- Dorsey, S., Pullmann, M. D., Berliner, L., Koschmann, E., McKay, M., & Deblinger, E. (2014). Engaging foster parents in treatment: A randomized trial of supplementing Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy with evidence-based engagement strategies. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1508–1520. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.020>
- Goldbeck, L., Muche, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for children and adolescents: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(3), 159–170.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., . . . Wentzel-Larsen, T. (2013). A randomized effectiveness study comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with Therapy as Usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369. doi:10.1080/15374416.2013.822307.
- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (In review). A follow-up study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT.
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., . . . Ollendick, T. H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1347–1355.
- Murray, L. K., Skavenski, S., Kane, J. C., & et al. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 761–769. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.0580
- O’Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for sexually exploited, war-affected

- Congolese girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(4), 359–369. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.013>
- Salloum, A., Small, B. J., Robst, J., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., & Storch, E. A. (2015). Stepped and Standard Care for childhood trauma: A pilot randomized clinical trial. *Research on Social Work Practice*, 1–11. doi:10.1177/1049731515601898
- Salloum, A., Wang, W., Robst, J., Murphy, T. K., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., & Storch, E. A. (2016). Stepped care versus standard trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 57(5), 614–622. doi:10.1111/jcpp.12471
- Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three through six year-old children: A randomized clinical trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 853–860.

Forskning på TF-CBT for enslige mindreårige asylsøkere

- Unterhitzenberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC Psychiatry*, 15(1), 260. <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0645-0>
- Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2016). Case report: manualized trauma-focused cognitive behavioral therapy with an unaccompanied refugee minor girl. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 1–5.

Forskning på TF-CBT for grupper

- Deblinger, E., Stauffer, L., & Steer, R. A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6, 332–343.
- Deblinger, E., Pollio, E., & Dorsey, S. (2016). Applying Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in group format. *Child Maltreatment*, 21(1), 59–73.
- McMullen, J., O'Callaghan, P., Shannon, C., Black, A., & Eakin, J. (2013). Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: a randomised controlled trial. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(11), 1231–1241. doi:10.1111/jcpp.12094
- O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(4), 359–369. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.013>

Forskning på TF-CBT for skolepsykologer

- Fitzgerald, M. M., & Cohen, J. A. (2014). Trauma-Focused Cognitive Behaviour Therapy for school psychologists. *Journal of Applied School psychology*, 28, 294–315.
- Little, S. G., Akin-Little, A., & Gutierrez, G. (2009). Children and traumatic events: Therapeutic techniques for psychologists working in the schools. *Psychology in the Schools*, 46(3), 199–205.

Diverse publikasjoner som omhandler TF-CBT

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Staron, V. (2006). A pilot study of modified cognitive behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1465–1473.



- Dorsey, S., McLaughlin, K. A., Kerns, S. E., ... & Amaya-Jackson (2016). Evidence base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, doi: 10.1080/15374416.2016.1220309
- Hanson, R. F., Gros, K. S., Davidson, T. M. ... & Ruggiero, K. J. (2014). National trainers' perspectives on challenges to implementation of an empirically-supported mental health treatment. *Administration and Policy in Mental Health*, 41, 522–534.
- Jaycox, L. H., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Walker, D. W., Langley, A. K., Gegenheimer, K. L., ... Schonlau, M. (2010). Children's mental health care following Hurricane Katrina: A field trial of trauma-focused psychotherapies. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 223–231.
- Jensen-Doss, A., Cusack, K. J., & de Arellano, M. A. (2008). Workshop-based training in Trauma-focused CBT: An In-depth analysis of impact on provider practices. *Community Mental Health Journal*, 44(4), 227–244.
- Murray, L. K., Familiar, I., Skavenski, S., ... & Bolton, P. (2013). *An evaluation of trauma focused cognitive behavioral therapy for children in Zambia*. *Child Abuse & Neglect*, 37, 1175–1185.
- Weiner, D. A., Schneider, A., & Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(11), 1199–1205. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.013>

Metaanalyser/reviews

- de Arellano, M. a R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., ... Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(5), 1–12. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., Brien, O. L., Abrew, D. N., Gillies, D., ... Abrew, N. D. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Cochrane Database Systematic Reviews*, (12), 12–15.
- Leenarts, L. E. W., & Diehle, J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(5), 269–283. <http://doi.org/10.1007/s00787-012-0367-5>



Appendix 3 Kartlegging av traumer med KATE-F (foreldre/omsorgsgivere)

KATE-Foreldre: Kartlegging av traumeerfaringer

Unikt nummer: _____ Dato: _____ Terapeutens initialer: _____

Relasjon til barnet: ☐ Mor ☐ Far Annet: _____

For å kunne hjelpe barnet ditt best mulig, er det nyttig for oss å vite litt om hva han/hun har opplevd. Nedenfor finner du noen spørsmål om ulike hendelser som barn og ungdom noen ganger opplever. Om barnet ditt har opplevd noen av hendelsene, krysser du av for JA.

	JA	NEI	PASS
1 Har barnet ditt noen gang vært utsatt for eller sett en alvorlig ulykke? For eksempel en bilulykke eller en brann.			
2 Har barnet ditt noen gang vært utsatt for en alvorlig naturkatastrofe? For eksempel en kraftig storm, flom eller et lynnedslag.			
3 Har barnet ditt vært utsatt for terror- eller krigshandlinger?			
4 Har barnet ditt noen gang hatt veldig skremmende opplevelser hos lege, tannlege eller på sykehus?			
5 Har noen som barnet ditt har vært glad i blitt hardt skadet, alvorlig syk eller dødd plutselig?			
6 Har barnet ditt noen gang blitt utsatt for alvorlig mobbing eller trusler? Gjelder også på internett og mobil.			
7 Har barnet ditt noen ganger blitt bortført eller kidnappet?			
8 Har noen noen gang forsøkt å tvinge barnet ditt inn i en bil?			
9 Har barnet ditt noen gang blitt angrepet, overfalt, ranet, skadet eller opplevd å bli truet av noen utenfor familien?			
10 Har barnet ditt noen gang sett andre utenfor familien slåss eller angripe hverandre?			
11 Har barnet ditt blitt slått, sparket, dyttet eller lugget av noen voksne på skolen?			
12 Har barnet ditt blitt slått, sparket eller lugget av noen hjemme?			
13 Har barnet ditt noen gang sett noen i familien slåss eller angripe hverandre?			
14 Har barnet ditt noen gang blitt berørt på kjønnsorganer eller på noen måte blitt utsatt for seksuelle overgrep?			
15 Har barnet ditt opplevd andre ting som kan ha gjort at det ble fryktelig redd eller skremt?			

I så fall hva: _____

KATE-Foreldre: Kartlegging av traumatiske erfaringer. Foreldreversjonen. NKVTS 2015.



Appendix 5 Forslag til monitorering

Målsetning	Oppgaver leder	Avkrysning: j, n, ia (j=ja, n=nei, ia=ikke aktuelt)
Finne målgruppen (reach)	• Utarbeide og følge opp traumekartleggingen (KATE-B, KATE-F)	
	• Utarbeide og følge opp kartlegging av post-traumatisk stress	
	• Etablere et eget implementeringsteam	
	• Ta opp implementering og kartlegging som tema på møter	
Tilby behandling	• Gi ansatte makt og handlekraft til å kunne handle i tråd med visjonene	
	• Tydelige mål og ambisjoner om at barn skal tilpasset evidensbasert behandling	
Opprettholde tilbudet	• Utarbeide rutiner som bidrar til at aktuelle traumesaker blir fordelt til traumeterapeuter	
	• Etablere tydelige kommunikasjonskanaler for å minne om mål for implementeringen samt status underveis	
	• Synliggjøre og formidle resultater	
	• Utarbeide, gjerne i samarbeid med de ansatte, og følge opp, tydelige skriftlige prosedyrer for implementering	
	• Følge opp kontorfaglige ansatte ift. oppfølging av rutiner for kartlegging	
	• Sette nyansatte inn i prosedyrene og sende dem på kurs	
	• Sørge for at den lokale veiledningen fortsetter over tid etter oppfølgingen fra NKVTS er fullført	



Målsetning	Oppgaver kontorfaglig ansatte	Avkrysning: j, n, ia (j=ja, n=nei, ia=ikke aktuelt)
Finne målgruppen (reach)	Lage mapper til TF-CBT terapeutene med kartleggingsskjemaer (KATE/CATS/progresjonsskjema).	
	Samle inn kartleggingsskjemaer.	
	Holde oversikt over hvem som har blitt kartlagt og hvem som ikke har blitt kartlagt.	
	Holder oversikt over de sakene hvor pasienten ikke lenger er ved poliklinikken (drop out).	
	Sende inn alle skjemaer til NKVTS til avtalte frister.	
	Overføre opptak av behandlingstimene til krypterte minnepinner.	
	Sende opptakene av opplæringstimene til TF-CBT konsulentene på NKVTS fortløpende.	
Tilby behandling	Følge opp interne rutiner for overføring av saker til TF-CBT terapeut.	
Opprettholde tilbudet	Følge opp rutiner knyttet til å finne målgruppen og rutiner for overføring av saker til TF-CBT terapeut over tid.	



Målsetning	Oppgaver TF-CBT terapeut	Avkrysning: j, n, ia (j=ja, n=nei, ia=ikke aktuelt)
Finne målgruppen (reach)	Kartlegge med KATE-B, helst uten omsorgsgiver til stede, ved oppstart av en ny sak.	
	Kartlegg evt. også med KATE-F ved oppstart av en ny sak.	
	Kartlegge de som har opplevd potensielt traumatiserende hendelser for post-traumatisk stress.	
Tilby behandling	Tilby TF-CBT eller annen evidensbasert traumebehandling til de som skårer over klinisk grenseverdi på post-traumatisk stress (etter klinisk vurdering).	
	Fylle ut følgende spørsmål, nederst i CATS-skjemaet, dersom TF-CBT ikke tilbys i saker over klinisk grenseverdi: «Tilbys TF-CBT?, ja eller nei, og hvis nei, hvorfor?».	
	Følge opp med foreldrearbeid parallelt med terapien med barna	
Opprettholde tilbudet	Kartlegge og tilby TF-CBT til de med behov over tid	
	Være med på oppfriskningskurs i metoden	



