

Implementering av TF-CBT:

- Forandrer implementering praksis?
- Er metoden effektiv for komplekse traumer?

Utprøving av Trinnvis TF-CBT i kommunen:

- Hva, hvordan, hvorfor?

Implementering av TF-CBT: Forandrer implementering praksis?

Ane-Marthe Solheim Skar, Marianne Birkeland, Silje M. Ormhaug, Tine K. Jensen



Lene Granly, psykologspesialist/TF-CBT-konsulent. Daglig leder 2012-2017



Gry Kristina Husebø, psykologspesialist/TF-CBT-konsulent



Tale Østensjø, psykologspesialist/TF-CBT-konsulent



Cecilie Ursin Skagemo, psykologspesialist/TF-CBT-konsulent



Gertrud Marie Moen, psykologspesialist/TF-CBT-konsulent



Liv Toril Øverby, psykologspesialist/TF-CBT-konsulent

Cand.psychol, PhD,
Marianne S. Birkeland



MA Camilla Blestad, TF-CBT-koordinator



MA Randi Hovden Borge, LOCI-koordinator



PhD Ane-Marthe Solheim Skar, prosjektleder



Psykologspesialist/PhD Silje Mørup Ormhaug, seksjonsleder



Professor Tine Jensen, tidligere prosjektleder



Implementering av TF-CBT

- Forandrer implementering praksis [kartlegging]?
- Innføring av systematisk kartlegging ved implementeringsklinikkene
- 2012-2017
- N=43 BUPer i 2017

Foreløpige resultater

- **25000** trauma-kartleggingsskjemaer (2012-2017)
- Jenter: 55%, gutter: 45%
- **65%** kartleggingsrate
- R =22%-100%

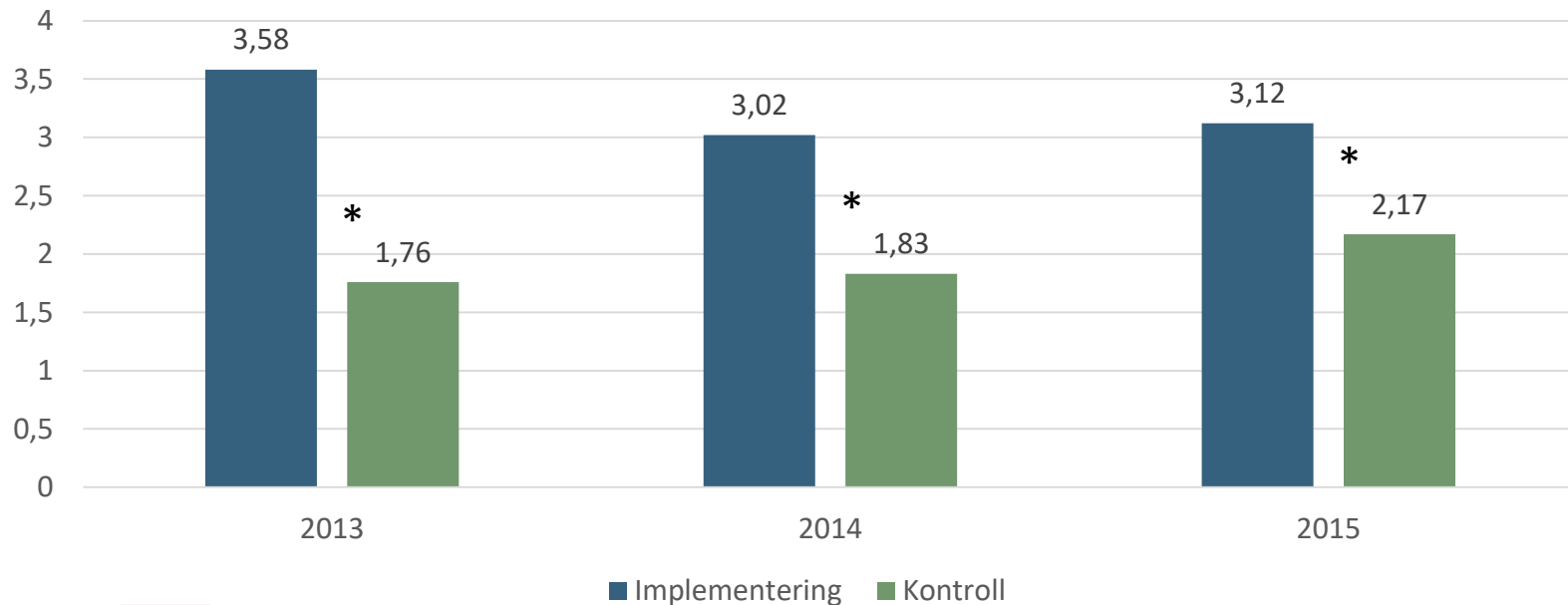
Implementering av TF-CBT

- Forandrer implementering praksis [diagnosesetting]?
- Er det forskjell i diagnosesetting mellom BUPer som implementerer systematisk kartlegging og de som ikke gjør det?
 - PTSD som proxy på at man fanger opp traumer

Metode

- Norsk pasientregister (NPR) (2013-2015)
- Implementeringsklinikker: BUPer som implementerte systematisk kartlegging for traumer og TF-CBT til de med behov
- Kontrollklinikker: Klinikker som ikke implementerte systematisk kartlegging
- n = 126 682 (19600 excluded)
 - 92 500 kontroll and 34 182 implementering
- Sammenlignet forekomst av diagnose (International classification of diseases, ICD-10)
- GLM for å sammenligne PTSD, ADHD, angst og depresjon

Foreløpige resultater: Forekomst av PTSD-diagnoser 2013-2015



NKVTS.NO

➤ Ikke relatert til ADHD, angst, eller depresjon

* $p = <.005$

Implikasjoner

1. Implementering av rutinemessig kartlegging er assosiert med faktisk praksis – men det krever en systematisk tilnærming (35% blir ikke kartlagt)
 - **Tiltak:** Vektleggelse av implementeringsledelse fra 2018 (LOCI; Aarons et al., 2015)
 - Vil styrking av implementeringsledelse føre til høyere reach?
2. Kartlegging er assosiert med høyere forekomst av PTSD, som kan være en indikasjon på at traumer oftere blir fanget opp
 - **Tiltak:** Etterbestilt NPR-data fra 2011, 2012, 2016 og 2017
 - Var det forskjeller i PTSD-diagnostisering i utgangspunktet og endrer det seg over tid?

Ansvar, finansiering

NPR

- Data fra Norsk Pasientregister, NPR (2016) har blitt brukt i denne publikasjonen. Tolkning og rapportering av dataene er forfatterens ansvar.

Finansiering

- Helsedirektoratet og Extrastiftelsen gjennom Rådet for Psykisk Helse

Takk

- Klikksjefer, BUP-ledere, TF-CBT-terapeuter/veiledere
- ToRe Wentzel-Larsen
- NKVTS og TF-CBT-teamet ved NKVTS
- Psykologisk institutt
- Extrastiftelsen gjennom Rådet for Psykisk helse

Takk for meg!

Kontaktinfo:

Ane-Marthe Solheim Skar

a.m.s.skar@nkvts.no

Tlf. 97 66 15 91

Kompleks PTSD

Tine K. Jensen

Hva er kompleks PTSD?

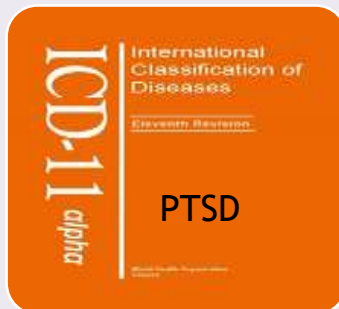
- Diagnosesystemene kritisert for å ikke fange opp kompleksiteten i traumatisering



DSM-5 og ICD-11



- * Gjenopplevelser
- * Unngåelse
- * Negative endringer i kognisjoner og humør/stemming
- * Aktivering



- * Gjenopplevelser
- * Unngåelse
- * Aktivering



- PTSD +**
- * Affekt dysregulering
- * Negativ selvfølelse
- * Forstyrrelser i relasjoner til andre

Hva er CPTSD?

Definisjon av “stressoren” for CPTSD

Samme som ved PTSD

- Eksponering til en eller flere ekstremt truende eller skremmende hendelser.
- Som **regel** vedvarende og repeterende hendelser som er vanskelig å komme fra

(eks. tortur, krigshandlinger, vedvarende vold i hjemmet, vold og seksuelle overgrep i barndommen).

- NB – Regnes som risikofaktor



Kompleks PTSD = PTSD + Selvorganiseringsvansker

Gjenopplevelse (her og nå kvalitet), Unngåelse, Aktivering

+



Affektregulering

- Problemer med å regulere følelser
- Å ha mange følelser
- Å bruke lang tid på å roe seg.
- Å føle seg numen/følelsesmessig forflatet



Negativ selvfølelse

- Negativ selvfølelse
- Tanker om seg selv som lite verd
- Følelser av skam, skyld, mislykkethet



Relasjonsproblemer

- Forstyrrelser i relasjoner til andre
- Kjenner ikke nærhet til andre – føle seg alene selv om man er sammen med andre
- Vanskelig å opprettholde nærhet til andre over tid.

Diskusjon

- Finnes det?
- Overlapp til andre diagnose
- Vanskelig å diagnostisere for barn
- Hvem utvikler det?
- Trenger vi diagnosen?
- Trenger de en annen behandling?

Ingen standardiserte instrumenter og lite forskning

(ISTSS position papers se: <http://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx>)

Virker etablerte behandlinger på CPTSD?

- To barnestudier (Sachser, Keller & Goldbeck, 2017)
- Fant at det var to distinkte grupper en PTSD-gruppe og en CPTSD-gruppe.
- Begge gruppene opplevde signifikant bedring etter TF-CBT
- CPTSD-gruppen hadde høyere nivå av posttraumatisk stress både ved behandlingsstart og slutt.

Norsk studie

Kompleks posttraumatisk stresslidelse hos barn:

Hva kjennetegner disse barna,

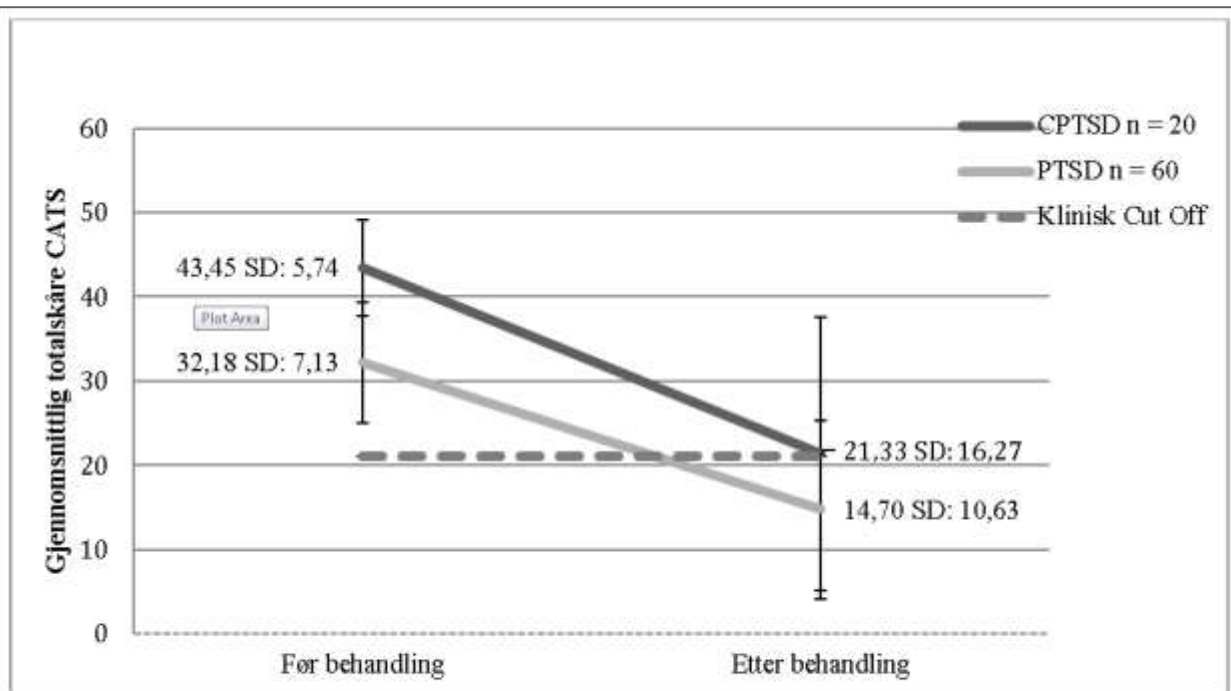
og kan traume-fokusert kognitiv atferdsterapi hjelpe?

Sandra Ekelund Eidhammer, Håkon Larsen Jahr, Ines Blix, Tine K. Jensen. Tidsskrift for Norsk Psykologforening

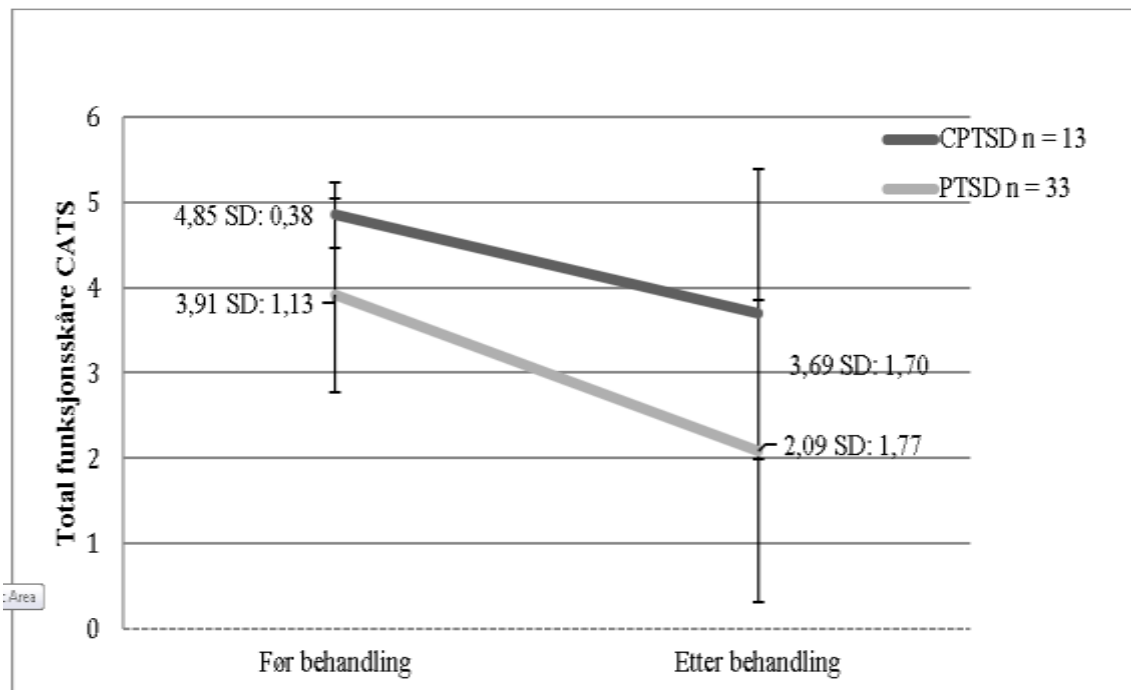
Den norske studien

- 80 barn henvist til 28 BUP'er
- 6-18 år, 81 % jenter
- 80 % ble def. som PTSD – 20 % med CPTSD
- Ingen forskjell mellom gruppene i antall opplevde hendelser mellom gruppene: ca. 5 ulike
- Kun to i hele utvalget hadde opplevd en ikke-relasjonell hendelse, resten relasjonelle traumer

(NB: gir støtte til ICD definisjon)



Figur 1. Gjennomsnittlig totalskåre og standardavvik (SD) på CATS for gruppene CPTSD og PTSD før og etter behandling



Figur 2. Gjennomsnittlig totalskåre og standardavvik (SD) på psykososiale vansker (CATS) for begge grupper før og etter behandling

Oppsumert

- Barna med CPTSD var litt eldre og hadde høyere symptomtrykk både ved starten av behandlingen og ved slutten.
- Barna i CPTSD-gruppen viste en signifikant bedring i grad av selvorganiseringsvansker, med store effektstørrelser på alle tre domener (selvfølelse, affektregulering, interpersonlig fungering).

Hvordan kan vi forstå det?

- Flere komponenter i TF-CBT som kan virke inn på selvorganiseringsvansker
- ✓Psykoedukasjon → endring i selvbylde, skam og skyld
- ✓Stress og følelsesarbeid → bedre affektregulering
- ✓Foreldre arbeid → bedre relasjoner
- ✓Endring i maladaptive tanker → endre selvforståelse og tanker om andre
- ✓Eksponering og traumearbeidet → endrer atferd og får korrigerende erfaringer om seg selv og andre

Fremover.....



- Utforske hvordan tilpasse metoden til de som ikke respondere til TF-CBT
- Studere endringsprosesser
- Flere studier for å identifisere kjennetegn og behandlingsrespons også for andre metoder
- Trenger å utvikle et mål for CPTSD –

Internasjonal arbeidsgruppe CATS-2

Takk for meg

Kontakt info:

tine.jensen@nkvt.no




NASJONALT KUNNSKAPSSENTER
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS



Utprøving av Trinnvis TF-CBT i kommunen



Marianne Martinsen
Prosjektleder, PhD.


NKVTS.NO



BAKGRUNN

Oppdrag til NKVTS fra Helsedirektoratet:

Utrede kunnskapsgrunnlaget for behandling og utrede forløp for voldsutsatte og voldsutøvere

Revidert nasjonalbudsjett, 2017

3 delprosjekt

1. Utarbeide kunnskapsgrunnlaget for behandling av utsatte og utøvere av vold
2. Utvikle og publisere elektronisk veileder for helse- og omsorgspersonells arbeid med vold i nære relasjoner
3. Utrede forløp for volds- og traumeutsatte barn gjennom utprøving av Trinnvis TF-CBT i kommunen

3. Utredning av forløp for volds- og traumeutsatte barn gjennom utprøving av Trinnvis TF-CBT i kommunen



Silje

Prosjektgruppen



Tine



Marianne



Camilla



Kaja



Cecilie



Else



Anders



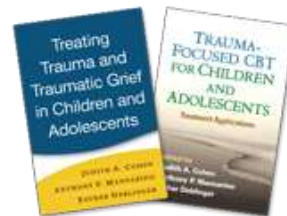
Ingeborg

BAKGRUNN

Erfaringene fra den norske TF-CBT studien og implementeringsprosjektet



Erfaringene 2008-2017



Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT):

- Bidrar til signifikant lavere PTSD-symptomer, depressive vansker og generelle vansker enn vanlig behandling (Jensen m.fl., 2014)
- Bedringen opprettholdes 1,5 år etter avsluttet behandling (Jensen m.fl., 2017)

MEN:

- BUP ikke like tilgjengelig for alle barn (avstand, ventetid, ikke rett på helsehjelp)
- Mange barn har ventet lenge før de får hjelp

Hva er standard forløp?



Det vi vil få til: Trinnvise tiltak (Stepped-care)



Trinnvis TF-CBT



- *Stepped Care TF-CBT* utviklet av dr. Alison Salloum m. fler (Salloum m.fl., 2014)
- Bygger på prinsippene for TF-CBT
 - Delvis hjemmebasert korttidsbehandling hvor barnets omsorgsgiver inntar rollen som primære hjelper under veiledning av terapeut
- Starter med den minst intensive tilnærmingen, trappes opp ved behov:

Trinn 1:

- Foreldreledet intervensjon
- Foreldre og barn jobber sammen med en arbeidsbok
- Eksponering for traumepåminnere en viktig del av endringsarbeidet i Trinn 1

Trinn 2:

- Tilpasset TF-CBT (ved behov)

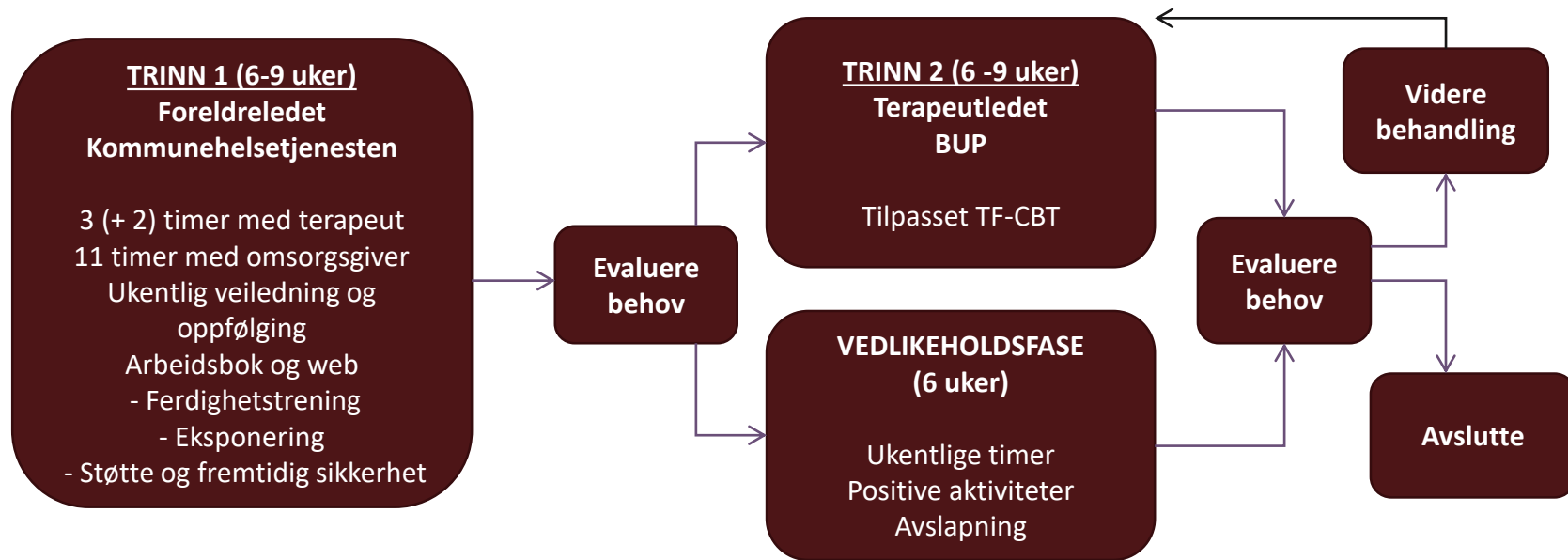
Mål:

- Tilby barn virksam behandling i områder med lite terapeutressurser
- Redusere symptomer på posttraumatisk stress (PTSS)

Hvem er metoden ment å passe for?

1. Barn og unge utsatt for vold og traumer
2. Plaget med posttraumatiske stresssymptomer (PTSS)
3. Omsorgsgiver som ikke er overgriper
4. Barnet er trygt hjemme
5. Barn mellom 7-12 år

Behandlingen Trinnvis TF-CBT (Salloum m.fl., 2014)

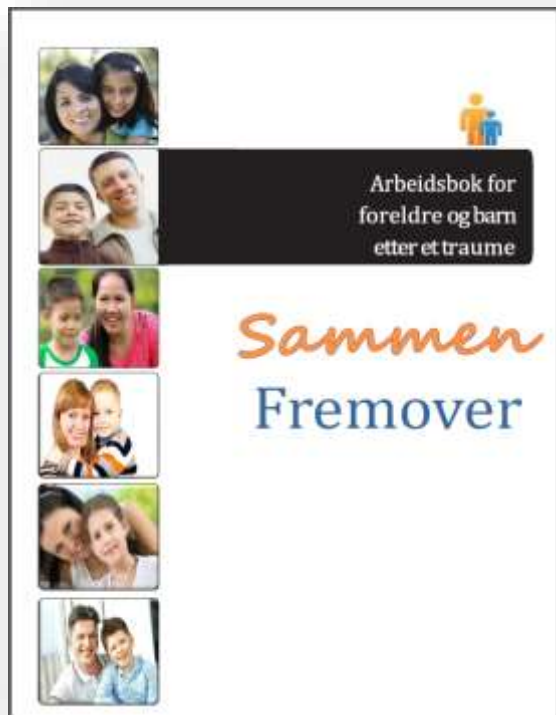


Tidsplan for bistand terapeut vil gi

Uke 0	Møte 1: Foreldre-barn møte med terapeut + Telefonsamtale (10-15. min)
Uke 1	Telefonsamtale
Uke 2	Møte 2: Foreldre-barn møte med terapeut + Telefonsamtale
Uke 3	Telefonsamtale
Uke 4	Møte 3: Foreldre-barn møte med terapeut + Telefonsamtale
Uke 5	Telefonsamtale
Uke 6	Møte 4: Vurdering av bedring etter gjennomført arbeidsbok (T2) – til vedlikehold eller trappe opp
Uke 12	Møte 5: Vurdering av bedring etter vedlikeholdsfasen (T3) - avslutte eller videre behandling

Arbeidsboken

For foreldre og barn etter et traume



Sammen fremover

Tidsplan

Del I: **Møte med terapeuten**

Bare for deg

Foreldre–barn møter som skal gjennomføres over to uker:

Møte 1: Oversikt, lære verktøy

Møte 2: Lære verktøy – sette navn på følelser

Møte 3: Lære verktøy – avslapningsøvelser

Møte 4: Fortelle historien og lage en fryktstige

Del II: **Møte med terapeuten**

Foreldre–barn møter som skal gjennomføres over to uker:

Møte 5: Lett påminner og trygghetsplanlegging

Møte 6: Middels påminner og trygghetsplanlegging

Møte 7: Middels påminner og trygghetsplanlegging

Møte 8: Verste påminner og trygghetsplanlegging

Del III: **Møte med terapeuten**

Foreldre–barn møter som skal gjennomføres over to uker:

Møte 9: Verste påminner og start av gjennomgangen

Møte 10: Forebygging av tilbakefall og gjennomgang av boken

Møte 11: Gjennomgang av hele boken og avslutning

Trinnvis TF-CBT tar sikte på å

- Hjelp barnet med å håndtere tanker rundt traumeerfaringen
- Kontrollere vanskelige minner og gjenvinne funksjon gjennom ulike stress og mestringsteknikker
- Sentralt aspekt at metoden skal bidra til å utløse ressurser hos omsorgspersonene som gjør de rustet til å hjelpe og støtte barnet

Støtte for deg

- *Sammen fremover* er utformet for å hjelpe barnet ditt. Selv om terapeuten er der for å støtte deg, er du den viktigste personen som er der for å hjelpe barnet ditt. Du trenger derfor støtte.



Oppgave!

Bruk litt tid og tenk gjennom hvem dine støttespillere er. Skriv ned navnene deres, slik at du kan huske å være sammen med dem eller snakke med dem de neste seks ukene

- Å sette av tid til seg selv kan også være til hjelp. Mens du arbeider sammen med barnet ditt med arbeidsboken *Sammen fremover*, må du passe på å bevare en indre ro.



Oppgave!

*Hva kan du gjøre hver uke i løpet av arbeidet med *Sammen fremover* for å sette av tid til deg selv?*

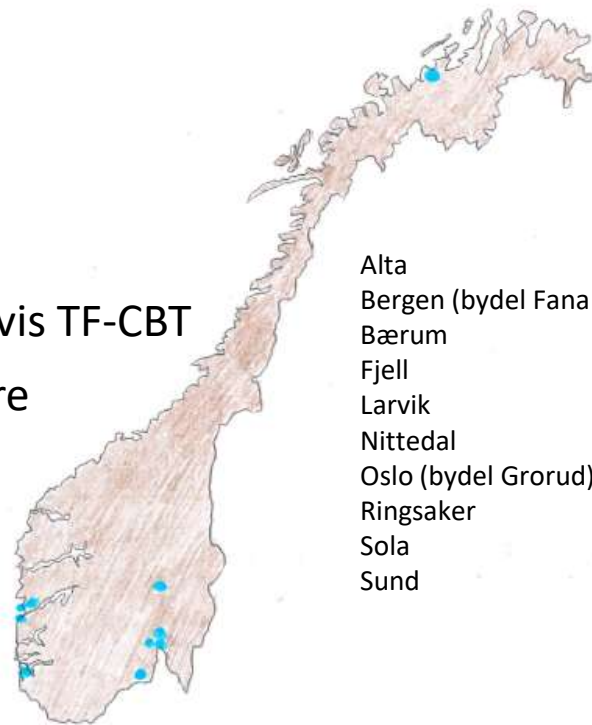
-  **HHS Public Access**
Author manuscript
Published in: *Journal of Interpersonal Violence*; 2014; 29(12): 2599-3014.
DOI: 10.1177/0886260514528000
- Parents' Perception of Shopped Care and Standard Care Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Young Children**
- David Nathaniel¹, Katherine A. Keane², Angela L. Daniels³, David A. Henry⁴, and
Lisa M. Brown^{1,5,6,7}
- ¹University of South Florida, Department of Psychology, University of South Florida, 1105L South
Campus Drive, 33620-5700, Tampa, FL, 33620-5700
- ²University of South Florida, 1105L South Campus Drive, Tampa, FL, 33620-5700
- ³Department of Psychology and Psychiatry and Behavioral Science, University of South
Florida, Tampa, FL, 33620
- ⁴Department of Health Policy and Management and Psychology, University of South Florida,
Tampa, FL, 33620
- ⁵The Children's Hospital, University of South Florida, 1105L South Campus Drive,
Tampa, FL, 33620
- ⁶University of South Florida, 1105L South Campus Drive, Tampa, FL, 33620
- ⁷University of South Florida, 1105L South Campus Drive, Tampa, FL, 33620
- Abstract**
- Parents' perceptions of the quality of care for their children are associated with children's treatment results in a number of settings, including outpatient mental health care and pediatric health care. However, little research has examined parents' perceptions of individual therapy (IT) or IT as an alternative to a parent-led, caregiver-managed therapy (CGMT) program in a trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) treatment. The current study examined parents' perceptions of IT and CGMT as components of a TF-CBT treatment. Participants completed a 17-item questionnaire (27–48 minutes) of study measures developed for this study. Information

→ Første gang metoden skal undersøkes utenfor USA

Trinnvis TF-CBT i kommunen

Deltakere

1. 10 kommuner fra hele landet
2. 16 (20) terapeuter fått opplæring i Trinnvis TF-CBT
3. Mål: rekruttere 75 barn og omsorgsgivere
→ ca. desember 2019



Alta
Bergen (bydel Fana og Åsane)
Bærum
Fjell
Larvik
Nittedal
Oslo (bydel Grorud)
Ringsaker
Sola
Sund

Trinnvis TF-CBT i kommunen

Inklusjon kommuner

1. Tilgang til BUP som tilbyr TF-CBT (Trinn 2)
2. Minimum 2 terapeuter tilgjengelig for opplæring
3. Primært psykologer eller TF-CBT terapeuter i denne utprøvingen
4. Opplæring og veiledning gratis



Trinnvis TF-CBT i kommunen

Design

- Feasibility study
 - Fokus på gjennomførbarhet
 - Få brukernes perspektiv
 - Ingen kontrollgruppe
 - Mixed metode design



Hva ønsker vi å finne ut?

1. Bidrar Trinnvis TF-CBT til et godt behandlingsforløp for voldsutsatte barn? (*feasibility*)
 - Passer modellen inn i kommunale helsetjenester?
 - Passer behandlingen barna som trenger behandling?
 - Hvordan fungerer overgangen fra Trinn 1 (kommunen) til Trinn 2 (BUP)?
2. Erfaringer fra avdekking til hjelp (forløp)
 - Kvantitative data fra forløpsloggen
 - Kvalitative intervjuer med barn og omsorgsgiver som deltar
3. Liker behandlere, barn og omsorgsgivere metoden? (*acceptability*)
4. Blir barna bedre? (*effekt*)
 - spør barn, omsorgsgiver og terapeuter
 - Kvantitative mål
5. Prediktorer for bedring
 - ~~Hvem~~ har nytte av behandlingen og hvem har ikke?

Passer modellen i kommunen?

- Hvordan måler vi dette?
 - Intervjuer
 - ledere i kommunen på ulikt nivå
 - eks. rådmann og nærmeste leder til terapeutene
 - terapeutene
- Måles
 - I forkant av oppstart
 - Etter erfaring med metoden/gjennomføring



Passer modellen i kommunen?

- Hva får vi vite noe om?
 - Motivasjon for deltakelse
 - Hvilke tiltak kommunen har i dag for å avdekke vold mot barn
 - Fyller Trinnvis TF-CBT dette behovet?
 - Passer metoden inn i forhold til terapeutenes organisatoriske rammer?
 - Samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Utvalget er kommuner av ulik størrelse og organisering
 - Passer metoden på tvers?



Blir barna bedre?

Potensielle prediktorer for bedring

1. Type traume
2. Omsorgsgivers psykiske helse (inkl. emosjonelle reaksjoner til traumet)
3. Barna og foreldres sosiale støtte
4. Barnas opplevde støtte fra foreldre
5. Omsorgsgivers opplevde stress i foreldrerollen
6. Terapeutisk allianse
7. Omsorgsgivers forventninger til behandlingen

Utfallsmål

Hva måler vi eventuelle effekter av?

1. PTSS
 - barn og omsorgsgiver
2. Depressive vansker
 - barnet
3. Livskvalitet
 - barnet
4. Barnets opplevde støtte fra omsorgsgiver
5. Omsorgsgivers opplevde stress i foreldrerollen
6. Fornøydhet med behandlingen

Inklusjonskriterier

1. Barnet er 7-12 år
2. Opplevd minst en episode med vold eller annen potensielt traumatiserende hendelse og har symptomer på posttraumatisk stress (PTSS)
3. Minst 3 år da vold/traume skjedde
4. Minimum 5 symptomer på PTSS (minst 1 symptom på gjenopplevelse & 1 symptom på unngåelse. Ingen øvre grense på symptomtrykk).
 - Intensitet må være minst 2.
5. Terapeut må i ene-samtale med barnet forsikre at det ikke er forhold i familien som gjør at Trinnvis TF-CBT ikke passer (jf. eksklusjonskriterier).
 - Dersom barnet har samvær med den som er årsak til traumet, må terapeut vurdere om Trinnvis TF-CBT er rett behandling

Tillegg:

~~A.~~ Når flere søsken oppfyller inklusjonskriteriene – inkluderes yngste barnet

Ekksklusjonskriterier

1. Mistanke om psykose, autismespekterlidelse, psykisk utviklingshemning, eller andre tilstander hos barnet eller omsorgsgiver som vil gjøre det vanskelig å gjennomføre behandlingen (eks. behov for tolk)
2. Omsorgsgiver som følger barnet var overgriper, eller overgriper fortsatt bor i hjemmet
3. Rusavhengighet hos omsorgsgiver
4. Suicidalfare hos barn eller omsorgsgiver
5. Dersom barnet får psykofarmaka må virkningen være stabil minst 4 uker
 - Minst 2 uker for stimulanter og benzodiasepiner
6. Barnet får traumefokusert behandling annet sted

VIL DERE VITE MER?

Tema: Vold og overgrep

Utprøving av Trinnvis TF-CBT i kommunen

Stepped-Care traumefokusert kognitiv adferdsterapi (TF-CBT) er en metode for behandling av traumeutsatte barn, utviklet i USA. I dette pilotprosjektet skal vi teste ut om metoden kan fungere også i kommunehelsetjenesten i Norge.



Prosjektleder



Martinsen,
Marianne
Førster H/ph.d.
Via profil

Trinnvis-TF-CBT

Trinnvis traumefokusert kognitiv atferdsterapi (Trinnvis-TF-CBT) er en delvis hjemmebasert lavterskelbehandling for traumeeksponerte barn i alderen 7-12 år.

Trinnvis-TF-CBT

Slik fungerer Trinnvis-TF-CBT

Hvorfor benytte Trinnvis-TF-CBT?

En effektiv behandling

Barn og traumer

Effektivitet - Fungerer

Effektivitet - Traumer

Trinnvis-TF-CBT er en behandlingsmetode for barn i alderen 7-12 som har vært eksponert for traumer og som er i risiko for utvikling av traumefølsomme tanker (Saltsøen m.fl. 2014).

Metoden er utviklet i USA og bygger på prinsippene i vanlig TF-CBT (Cohen, Mannarino, og Deblinger, 2017), som er et etablert tilbud i helseparten av norske barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP).

Omsorgsgiver som hjelper

Et hoveddel av vanlig TF-CBT som tilbys i skolen, er Trinnvis-TF-CBT en delvis hjemmebasert korttidsbehandling hvor barnets omsorgsgiver inntar roller som den primære hjelperen, under veiledning av en terapeut.

Studier av Trinnvis-TF-CBT viser at metoden er effektiv i behandlingen av barn som utvikler posttraumatiske stress-symptomer (Saltsøen m.fl. 2015). Trinnvis-TF-CBT tar sikte på å hjelpe barnet med å håndtere tanker rundt traumefølelsen, kognitive verdikjeller, og med å etablere trykkløse tilnærminger til barnet.



Skarveggan av Trinnvis-TF-CBT, Marianne Saltsøen.

<https://www.nkvts.no/prosjekt/utproving-av-trinnvis-tf-cbt-i-kommunen/>
<https://www.nkvts.no/trinnvis-tf-cbt/>