

IMPLEMENTERING AV TF-CBT I BUP, 2018-2021

PROSJEKTSKISSE FOR VIDEREFØRING AV PROSJEKTPERIODE 2012-2017

Innholdsfortegnelse

1. Sammen drag om oppdrag og overordnet mål.....	3
2. Bakgrunn.....	3
3. Traumefokusert kognitiv atferdsterapi, TF-CBT	3
3.1 Opplæringsmodell, TF-CBT	4
3.1.1 TF-CBT terapeuter	5
3.1.2 Lokale TF-CBT veiledere.....	6
3.1.3 Regionale TF-CBT veiledere.....	7
3.1.4 Nasjonale TF-CBT konsulenter.....	7
3.2 Ledelse.....	8
4. Implementering	9
4.1 Implementeringsstrategi	9
4.2 Implementeringsfaser	9
4.3 Implementeringskomponenter	11
5. Rekruttering	12
5.1 Rekruttering av klinikker.....	12
5.2 Rekruttering av TF-CBT terapeuter	12
6. Forskning	12
6.1 Design.....	12
6.2 Datainnsamling	12
6.3 Hypoteser.....	13
7. Organisering og ansvar.....	13
7.1 Kontrakt.....	13
7.2 Kostnader	13
8. Prosjektets varighet	13
Referanser.....	14

1. Sammendrag om oppdrag og overordnet mål

I perioden 2012-2017 implementerte Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i ett Barnehus og 46 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker (BUP) over hele landet som del av *Handlingsplan for oppfølging etter 22. juli* og *Oppfølgingsplan for helsemessig og psykososial oppfølging etter 22. juli*. Helsedirektorat har forlenget oppdraget i *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)* slik at også poliklinikker i de distriktene i Norge som fortsatt ikke har tilbud om TF-CBT skal få mulighet til å implementere metoden.

Målsettingen med prosjektet er å øke kunnskapen om traumer og traumebehandling blant terapeuter i BUP på en slik måte at kompetansehevingen blir sikret kontinuitet over tid, det vil si at poliklinikkene har et fast tilbud om TF-CBT til henviste barn som har vært utsatt for traumer og som har posttraumatiske plager. Den overordnede ambisjonen er at samtlige barn og unge som sliter med symptomer på posttraumatisk stress skal få evidensbasert behandling for sine vansker. Dette er i tråd med målsettingen for prosjektperioden 2012-2017. Både erfaringer fra den foregående implementeringsperioden samt nyere implementeringsforskning vil bli lagt til grunn for den videre gjennomføringen.

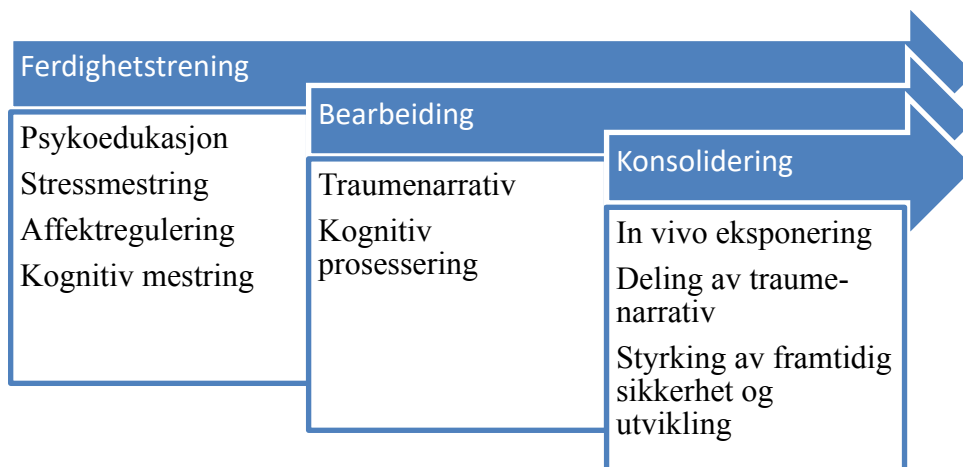
2. Bakgrunn

Om lag halvparten av barn og unge som henvises til BUP har opplevd traumatiske hendelser, hvorav om lag 60 prosent opplever posttraumatiske stress-symptomer (PTSS) knyttet til traumehendelsen (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012). Mange av disse barna blir ikke kartlagt tilstrekkelig og står derfor i fare for ikke å få tilpasset behandling (Ormhaug m.fl., 2012). Systematisk kartlegging og implementering av traumebehandling er nødvendig for å fange opp disse barna slik at de kan få tilbud om evidensbasert behandling for sine plager.

3. Traumefokusert kognitiv atferdsterapi, TF-CBT

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en anbefalt komponentbasert korttids (som regel 12-15 timer) behandlingsmetode for barn og unge med posttraumatisk stress-symptomer, hvor formålet er å redusere vansker knyttet til de traumatiske hendelsene (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006; 2017). Ved hjelp av metoden lærer barna og deres omsorgspersoner å gjenkjenne og håndtere dysfunksjonelle tanker, følelser og atferd relatert til traumehendelsen, bearbeide minnene om hendelsen, samt å fremme sikkerhet, vekst, foreldreferdigheter og familiekommunikasjon (se Figur 1). TF-CBT gir en generell struktur hvor komponentene følger i en bestemt rekkefølge, men gir samtidig fleksibilitet til å tilpasse metoden til hvert enkelt barn og familie (Cohen, Mannarino, Murray, & Igleman, 2006).

Figur 1: *Komponentene i TF-CBT*

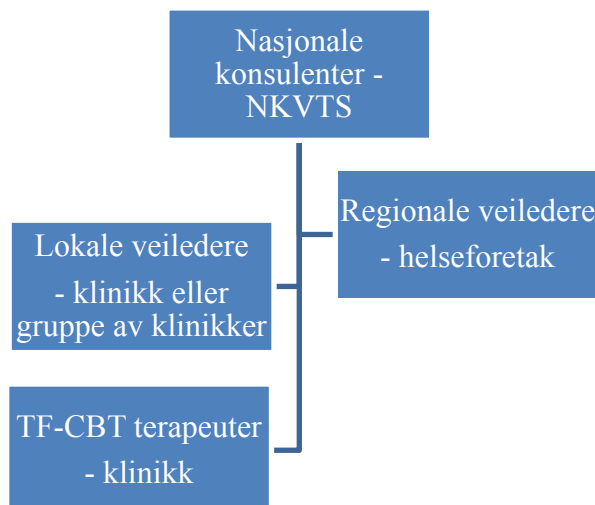


Flere kliniske behandlingsstudier har dokumentert at TF-CBT har effekt på posttraumatisk stressvansker, depresjon, angst, atferdsvansker, seksualisert atferd, skamfølelse og tillitsvansker. Foreldrearbeidet øker de positive effektene hos barna ved å redusere foreldrenes egne emosjonelle vansker, deriblant depresjon relatert til barnas opplevde traumer (Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004; Cohen & Mannarino, 1998; Cohen & Mannarino, 1996; Cohen, Mannarino & Knudsen, 2005; Deblinger, Mannarino, Cohen & Steer, 2006; Deblinger, Stauffer & Steer, 2001; King m.fl., 2000; NICE, 2005; Silverman m.fl., 2008; Wethington m.fl., 2008). NKVTS har gjennomført en effektivitetsstudie av TF-CBT ved åtte BUPer i Norge – den første studien utenfor USA og en av de få som har studert behandlingseffekt i vanlig poliklinikker (Jensen m.fl., 2013). Resultatene fra studien viser at barn og unge som mottar TF-CBT i BUP har en signifikant nedgang i symptomer på posttraumatisk stress, depresjon og angst og at TF-CBT er mer effektiv i forhold til å redusere symptomer på posttraumatisk stress og depresjon enn vanlig behandling (Jensen m.fl., 2013). Dette er positive resultater for en gruppe barn og unge som ofte ikke mottar adekvat behandling i Norge (Hjemdal, 2006).

3.1 Opplæringsmodell, TF-CBT

Opplæringsmodellen i TF-CBT som implementeres innebærer fire nivåer av kompetanse: TF-CBT terapeuter, lokale TF-CBT veiledere, regionale TF-CBT veiledere og nasjonale TF-CBT konsulenter (se Figur 2).

Figur 2: TF-CBT opplæringsmodell



3.1.1 TF-CBT terapeuter

TF-CBT terapeuter er de som utfører det daglige polikliniske arbeidet ved klinikken. De er ansatt på lokal BUP og skal sørge for å ha minst en TF-CBT terapi til enhver tid.

Opplæring TF-CBT terapeuter

1. Lese hele boka om metoden: *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents- Second edition* (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017)
2. Fullføre nettbasert kurs i TF-CBT <https://tfcbt2.musc.edu/>
3. Kursbevis fra nettkurset sendes inn til NKVTS
4. 3-dagers grunnkurs i TF-CBT
 - a. Forskningsgrunnlag
 - b. Traumatisering
 - c. Utredning/ oppstart
 - d. Gjennomgang av komponentene i TF-CBT med praktiske øvelser
 - e. Implementering
5. Minst 4 fullførte TF-CBT-løp innen 2 år
 - a. Oppstart første sak innen 3 mnd. etter grunnkurs
 - b. Ukentlig opplæring over telefon i gruppe gjennom det første året etter grunnkurs, minst 70% oppmøte. Opplæringsgruppe på maks 4 terapeuter
 - c. Registrering av Progresjon-og fidelity-skjema i sakene som inngår i opplæringsprogrammet, samt registrering av CATS-skårer ved oppstart, midtveis og avslutning
 - d. Lydopptak av minst én TF-CBT-behandling, inkludert arbeid med omsorgsperson, sendes inn til implementeringsprosjektet ved NKVTS for godkjenning når behandlingen er fullført
 - e. Flertallet av sakene må inkludere parallelt arbeid med omsorgspersoner
6. 2-dagers fordypningskurs i TF-CBT
 - a. Forutsetter at deltagerne har fullført minst en TF-CBT sak

Oppgaver TF-CBT terapeuter

1. Kartlegge barn som kommer til klinikken for traumer og traumesymptomer.
2. Tilby TF-CBT til de med behov.
3. Gjennomføre TF-CBT i tråd med manualen.
4. Følge opp under implementeringen i tråd med kontrakten med NKVTS.

3.1.2 Lokale TF-CBT veiledere

Lokale TF-CBT veiledere vil ha et særlig ansvar for at traumeforståelse opprettholdes ved klinikken og at barn får TF-CBT ved behov. NKVTS vil sammen med BUP-leder velge ut en lokal TF-CBT veileder hvis ansvar er å koordinere de øvrige TF-CBT terapeutene og sørge for at TF-CBT tilbudet opprettholdes på klinikken.

Opplæring lokale TF-CBT veiledere

1. For å bli lokal TF-CBT veileder må man være sertifisert TF-CBT terapeut.
2. TF-CBT konsulentene ved NKVTS, i samarbeid med BUP-leder, velger ut hvilke TF-CBT terapeuter som kan bli lokal TF-CBT veileder.
3. Gjennomføring av et dagskurs i TF-CBT veilederrollen og hvilke konkrete oppgaver den innebærer.
4. Individuell konsultasjon fra nasjonale TF-CBT konsulenter på telefon 15-30 min hver 14. dag gjennom seks måneder.
5. Vedlikehold: Halvårig kontakt med nasjonale TF-CBT konsulenter, samt delta på ulike fagsamlinger i TF-CBT.

Oppgaver lokale TF-CBT veiledere

1. Koordinere de øvrige TF-CBT terapeutene og sørge for at TF-CBT tilbudet opprettholdes på klinikken.
2. Ha særlig ansvar for at traumeforståelse opprettholdes ved klinikken og at barn får TF-CBT ved behov.
3. Holde klinikken faglig oppdatert på traumekartlegging og TF-CBT behandling.
4. Ha kontakt med leder for å drøfte behov for faglig tilrettelegging og nyrekruttering av TF-CBT terapeuter.
5. Ha jevnlig kontakt med NKVTS, deriblant delta i telefonmøter sammen med lokal leder.
6. Koordinere og lede den kollegabaserte veiledningen av TF-CBT terapeuter ved klinikken. Gruppen av TF-CBT terapeuter møtes til kollegabasert veiledning hver 14. dag med fokus på TF-CBT fidelity, tilpasninger av metoden, symptomoppfølging, progresjon i sakene og støtte til hverandre.
7. Følge opp under implementeringen i tråd med kontrakten med NKVTS.

3.1.3 Regionale TF-CBT veiledere

De nasjonale TF-CBT konsulentene velger ut en lokal TF-CBT veileder ved hvert helseforetak som blir lært opp til å bli regionale TF-CBT veiledere. Regionale TF-CBT veiledere har ikke mandat til å kunne godkjenne TF-CBT terapeuter eller lokale TF-CBT veiledere.

Opplæring regionale TF-CBT veiledere

1. For å bli regional TF-CBT veileder, må man være sertifisert TF-CBT terapeut og lokal veileder.
2. De nasjonale TF-CBT konsulentene velger ut en lokal TF-CBT veileder ved hvert helseforetak som blir lært opp til å bli regionale TF-CBT veiledere.

Oppgaver regionale TF-CBT veiledere

1. Bistå med konsultasjon av terapeuter under opplæring.
2. Ansvar for å arrangere regionale nettverkssamlinger.
3. Følge opp under implementeringen i tråd med kontrakten med NKVTS.
4. Regionale TF-CBT veiledere har ikke mandat til å kunne godkjenne TF-CBT terapeuter eller lokale TF-CBT veiledere.

3.1.4 Nasjonale TF-CBT konsulenter

TF-CBT konsulentene er ansatt sentralt ved NKVTS og er godkjent av utviklerne av TF-CBT. For å bli godkjent som TF-CBT konsulent må man gå Train-The-Trainer kurs med utviklerne av metoden. Konsulentene gir opplæring og konsultasjon til TF-CBT-terapeuter, samt lokale og regionale veiledere. De har ansvar for godkjenning av TF-CBT terapeuter, samt lokale og regionale TF-CBT veiledere.

Opplæring nasjonale TF-CBT konsulenter

1. For å bli nasjonal TF-CBT konsulent må man være sertifisert TF-CBT terapeut.
2. Man må ha minst to års erfaring med å veilede i TF-CBT
3. Man må ha generell veilederkompetanse.
4. Man må fylle de formelle krav som er spesifisert av utviklerne av TF-CBT (European TF-CBT Train-the-Trainer Program Application).
5. Formell søknad til utviklerne av TF-CBT må godkjennes for å kunne bli med på Train-the-Trainer kurs.
6. Delta på Train-the-Trainer kurs med utviklerne av metoden.
7. TF-CBT konsulentene er ansatt sentralt ved NKVTS og er godkjent av utviklerne av TF-CBT.

Oppgaver nasjonale TF-CBT konsulenter

1. Konsulentene gir opplæring og konsultasjon til TF-CBT-terapeuter, samt lokale og regionale veiledere.
2. Oppfølging av ledere.
3. Ansvar for godkjenning av TF-CBT terapeuter, samt lokale og regionale TF-CBT veiledere.

Generell kunnskap og ferdigheter på alle opplæringsnivåer

1. Evner å tilpasse TF-CBT etter alder og utvikling (språk, materialbruk, aktiviteter, tidsbruk).
2. Terapeut viser grunnleggende traumeforståelse (symptomer, PTSD, behandlingsmodell).
3. Klarer å inkorporere traumeforståelse med barnets symptombilde og klarer å bruke dette fleksibelt i behandlingstimene.
4. Nyttiggjør seg veiledning i opplærings sakene, bruker dette videre i TF-CBT saker og kunnskapen overføres til nye saker.
5. Viser forståelse for inklusjon- og eksklusjonskriterier for TF-CBT i nye saker (til veilederlytting).
6. Har jevnlig TF-CBT timer i saken og viser evne til langsiktig planlegging av behandlingsforløp og avslutning.

3.2 Ledelse

NKVTS vil støtte ledelsen i implementering av TF-CBT gjennom tre forskjellige faser. Klinikker som var med i implementeringsperioden 2012-2017 er nå i vedlikeholdsfasen, men vil skrive ny kontrakt og forventningsavklaring for prosjektperioden 2018-2021.

Fase 1. Kontrakt og forventningsavklaring

1. Realistisk målsetning ved klinikken for implementering av TF-CBT. Involvering av sentrale medarbeidere i dette arbeidet.
2. Tydeliggjøring av klinikkleder og NKVTS sine gjensidige forpliktelser.
3. Innhold i kontrakt må definere tydelig leders deltakelse.
4. Identifisere resultatindikatorer, som er direkte relatert til prosjektets mål (Progresjon- og fidelitetskjema inklusive CATS (traumeerfrainger og post-traumatiske stress-symptomer), oversikt over traume-screening).

Fase 2. Første år

1. Møte og introduksjon av TF-CBT og implementering ved klinikken hvor alle ved klinikken deltar.
2. Telefonmøte med leder annenhver måned det første året (15-30 min.).
3. Møte med TF-CBT team (leder, merkantil og TF CBT ansvarlig/lokal veileder/teamleder) annenhver måned.

Fase 3. Vedlikehold

1. Kvartalsvis møte med TF-CBT team.

4. Implementering

Kun å gå kurs, lese og prøve seg på egenhånd er ikke tilstrekkelig for at en behandlingsmetode skal tas i bruk på en effektiv måte over tid. Generelt finner man at det tar 17 år før en evidensbasert behandlingsmetode når praksisfeltet (Balas & Boren, 2000; Grant, Green, & Mason, 2003). Implementering av en evidensbasert behandlingsmetode krever at målgruppen identifiseres, vurderes og blir tilbudt behandlingsmetoden. Implementering er således en prosess som går over tid. Det krever deltagelse og innsats fra alle ansatte og kontinuerlig oppfølging i alle fasene, ikke bare i forbindelse med oppstart, men også når implementeringen er etablert og i vedlikeholdsfasen. Forskning viser at spesielt lederens rolle er viktig for å få til god implementering (Aarons m.fl., 2017).

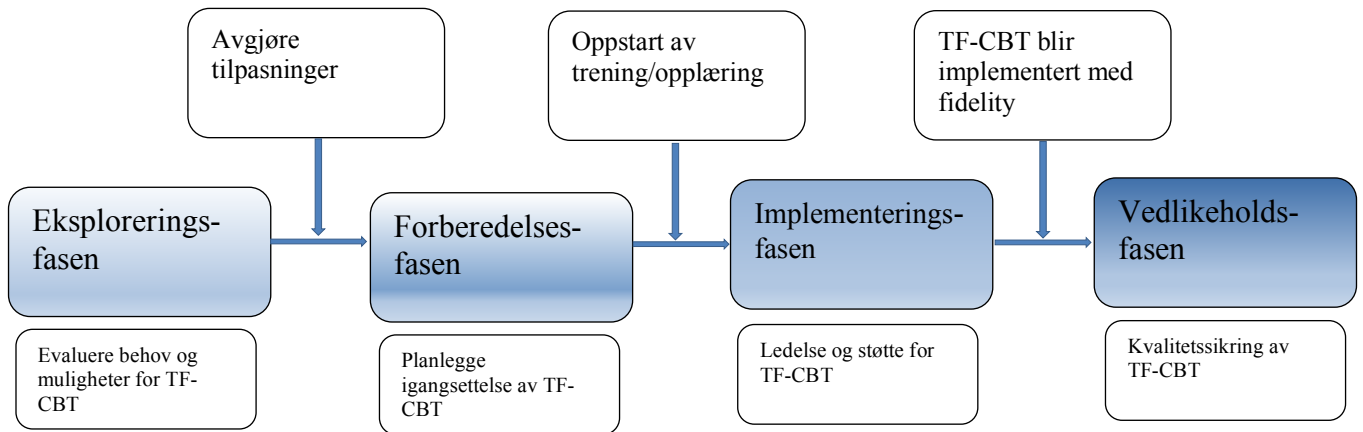
4.1 Implementeringsstrategi

Implementeringsstrategier defineres som metoder, teknikker (Proctor, Powell, & McMillen, 2013) eller prosesser (Powell m.fl., 2012), enten enkle eller mer sammensatte, som benyttes for å støtte implementering av en metode. Man skiller gjerne mellom diskrete implementeringsstrategier (kun opplæring eller påminnelser), mangesidige (multifaceted) implementeringsstrategier (både opplæring og påminnelser; eller trening, fidelity-målinger og veiledning), eller omfattende (banded/comprehensive) implementeringsstrategier (Powell m.fl., 2011). Vi implementerer en evidensbasert metode i en hektisk, klinisk hverdag i et forholdsvis stort antall klinikker. Vi benytter derfor en omfattende implementeringsstrategi for best mulig å kunne møte implementeringsutfordringer på en god måte og styrke klinikkens evne til å følge opp implementeringsarbeidet over tid for å sikre kontinuitet i tilbudet om traumefokusert behandling. I den sammenheng vil det være nyttig å identifisere indre og ytre faktorer som kan virke inn på implementeringen.

4.2 Implementeringsfaser

Implementeringen av TF-CBT vil forankres i organisasjonen, ikke bare hos den enkelte terapeut (Glisson, 2007). Vi vil støtte oss på implementeringsmodellen EPIS (se Figur 3), som er utviklet fra forskning innen barne- og ungdomspsykiatriske helsesystem (Aarons m.fl., 2011). Modellen, som er basert på en systematisk litteraturgjennomgang, utforsker ytre (outer) og indre (inner) kontekstuelle faktorer som enten kan fungere som barrierer eller som pådrivere på implementeringen innenfor de fire implementeringsfasene eksplorering, forberedelse, implementering og opprettholdelse. Ytre kontekstuelle faktorer inkluderer ofte eksterne faktorer eller faktorer på systemnivå, så som lovverk eller økonomisk støtte, mens indre kontekstuelle faktorer inkluderer faktorer innad i organisasjonen, så som ledelse og organisasjonsklima.

Figur 3: *Exploration, Preparation, Implementation, and Sustainment (EPIS)* (Aarons m.fl., 2011, modell tilbasert av CEBC, 2006-2018)



Eksploreringsfasen: I denne fasen identifiseres et behov for endring på helseforetaksnivå, samt deres kompetanse innenfor traumer og traumebehandling, mekanismer og systemer som er på plass for å kunne ta til seg ny kunnskap, samt hvorvidt prosjektet vil være politisk og økonomisk gjennomførbart.

Forberedelsesfasen: Dersom man i eksploreringsfasen kommer fram til at TF-CBT er i tråd med et ønske og behov for denne kompetansen, går man over i forberedelsesfasen. I denne fasen anvender man kunnskapen man har opparbeidet seg gjennom eksploreringsfasen for å planlegge implementering. I tillegg jobber man for å oppnå "buy in" både internt på klinikken og fra relevante eksterne aktører – det vil si at ansatte på klinikken og systemet rundt har tro på og er villige til å implementere metoden. TF-CBT teamet på NKVTS vil informere om prosjektet gjennom mail, prosjektbeskrivelse og kontrakt. Terapeuter som skal ha opplæring i TF-CBT identifiseres og rekrutteres.

Implementeringsfasen: Implementeringsfasen starter opp med signering av kontrakt. Det tilrettelegges deretter for tilpasninger og opplæring i metoden. TF-CBT teamet ved NKVTS vil ha tett dialog med leder, og tidspunkt for TF-CBT opplæringen settes. Opplæringen i TF-CBT følger modellen som beskrevet under punkt 3.1. Det er viktig at rutiner for kartlegging av traumer og posttraumatisk stress blir etablert for alle barn og unge i alderen 6-18 år som tas inn ved en BUP.

Vedlikeholdsfasen: En rekke implementeringsstudier viser at det er vanskelig å vedlikeholde anvendelsen av en metode i klinikk dersom man ikke lager gode systemer for vedlikehold. Selv om man må ha fokus på vedlikehold av TF-CBT helt fra eksploreringsfasen, så vil man i vedlikeholdsfasen sørge for at implementeringspraksis er institusjonalisert på forskjellige nivåer som kan sikre bærekraftighet over tid. Klinikker som var med i implementeringsperioden 2012-2017 er nå i vedlikeholdsfasen.

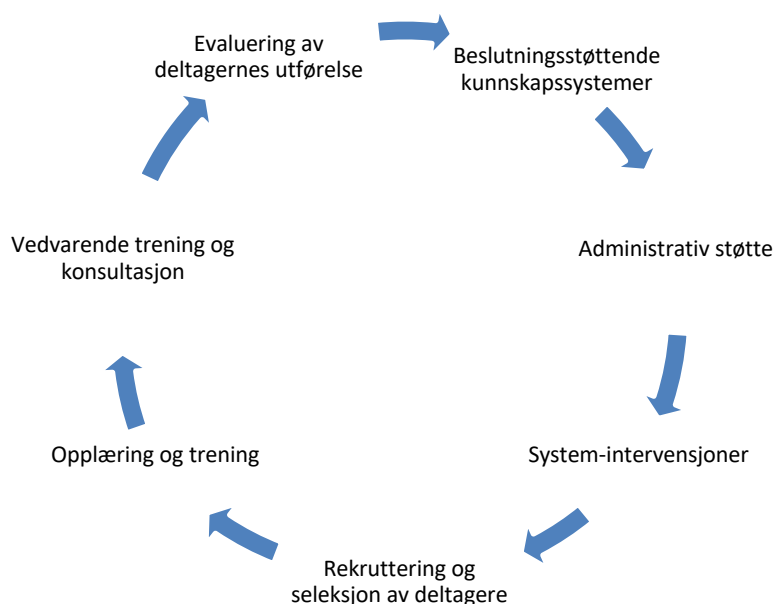
Det å etablere et fast tilbud om traumefokusert behandling krever at tilbudet opprettholdes over tid uavhengig av ansatte, altså at det læres opp nye TF-CBT terapeuter dersom noen slutter. Tilbudet må være tilstrekkelig stort slik at samtlige som vurderes å ha behov kan få tilbud om behandlingen.

4.3 Implementeringskomponenter

Vi vil videre ta utgangspunkt i Fixsen og kollegaers (2005) syv kjernekomponenter som er funnet å vær sentrale for vellykket implementering. Her tenker seg at komponentene virker sammen, og at svakhet i ett ledd kan kompenseres ved styrker i andre komponenter (se Figur 4).

1. Rekruttering og seleksjon av deltagere: Terapeutenes kvalifikasjoner, erfaringer og tro på metoden.
2. Opplæring og trening: Introduksjon av metoden og muligheter for å lære og praktisere modellen.
3. Vedvarende trening og konsultasjon: Hvordan deltagerne får tilbakemeldinger, råd og oppmuntring fra dem som lærer opp, og muligheter for å praktisere det de har lært.
4. Evaluering av deltagerens utførelse: Måling både av terapeutenes gjennomføring av metoden og resultater.
5. Beslutningsstøttende kunnskapssystemer: Målinger av hvordan hele organisasjonen bidrar til implementeringen.
6. Administrativ støtte: Hvordan ledere støtter og holder personalet organisert og fokusert på de ønskede resultatene av intervensjonen.
7. System-intervensjoner: De økonomiske, organisasjonsmessige og personalmessige ressurser som kreves for å støtte behandlernes arbeid.

Figur 4: *Core Implementation Components (Fixsen, Blase, Naoom, & Wallace., 2009, s. 534)*



5. Rekruttering

5.1 Rekruttering av klinikker

Klinikker som deltok i prosjektet i den forrige prosjektperioden vil få tilbud om videre implementeringsstøtte gjennom «Implementering av TF-CBT i BUP 2018-2021». Klinikker som ikke deltok i den forrige implementeringsperioden vil motta informasjon om prosjektet gjennom informasjonsbrev fulgt av telefonkontakt og informasjonsmøter på klinikkene der ansatte ved NKVTS vil informere om prosjektet. Tilbud om deltagelse i prosjektet vil bli gitt fortløpende avhengig av kapasitet knyttet til opplæring, veiledning og konsultasjon.

5.2 Rekruttering av TF-CBT terapeuter

Utvelgelse av hvilke terapeuter som skal få opplæring i TF-CBT gjøres i nær dialog med klinikkene og terapeutene. Størrelsen på BUPene varierer, og antall som blir opplært i TF-CBT vil variere ut fra behov, men med et minimum av 2-3 terapeuter per klinikk.

6. Forskning

6.1 Design

Vi vil benytte et naturalistisk design for å undersøke hypotesene som beskrevet i punkt 6.3.

6.2 Datainnsamling

Data vil samles inn for hver enkelt TF-CBT sak. Denne informasjonen vil bli brukt i opplæringsøyemed, i ledermøter og i forskning.

Lydopptak. Terapeuter under opplæring til å bli TF-CBT terapeut vil sende inn lydopptak av ett terapiforløp som vil kodes for fidelity og inngå i godkjenningsprosessen. Lydopptakene vil slettes så fort de er lyttet til.

Antall TF-CBT saker. TF-CBT terapeuter må selv holde oversikt over antall TF-CBT saker de har, inklusive ikke fullførte. TF-CBT konsulentene ved NKVTS vil med jevne mellomrom innhente denne informasjonen.

Progresjon- og fidelity. Terapeutene fyller ut og sender NKVTS et Progresjon- og fidelityskjema for hver enkelt TF-CBT sak.

Traumeeksponering og post-traumatisk stress. Child & Adolescent Trauma Screening Questionnaire (CATS, Sachser m.fl., 2017). Benyttes for å måle eksponering for traumehendelser og post-traumatisk stress hos barna. Barna svarer på 36 spørsmål knyttet til traumeeksponering (16 spørsmål) symptomkategoriene i DSM-5 (20 spørsmål). En totalskåre over 15 indikerer at barnet vil kunne ha nytte av TF-CBT.

6.3 Hypoteser

Følgende hypoteser vil bli undersøkt:

- Ny opplæringsmodell i TF-CBT vil gi samme symptomnedgang hos pasienter som opplæringsmodellen benyttet i «Implementering av TF-CBT i klinikk 2012-2017»
- TF-CBT saker som gjennomføres på egen hånd etter godkjenning som TF-CBT terapeut vil gi samme symptomnedgang hos pasienter som TF-CBT saker som gjennomføres som en del av opplæring for å bli TF-CBT terapeut.

7. Organisering og ansvar

Implementeringsprosjektet forankres ved NKVTS. Det innebærer at opplæringsansvar knyttet til TF-CBT vil ligge hos NKVTS, og at det vil være NKVTS sitt ansvar å bistå i implementeringsprosessen med opplæring, veiledning og konsultasjon.

BUPene plikter å følge opplæringsforløpet i TF-CBT. Det er ledelsen ved den enkelte poliklinikkens ansvar å støtte TF-CBT terapeuter og lokale TF-CBT veiledere og holde fokus på de ønskede resultatene av intervensjonen. De sørger også for de økonomiske, organisasjonsmessige og personalmessige ressursene som kreves for at behandlerne skal kunne gi et fullverdig TF-CBT-tilbud til dem som har behov. Dette innebærer blant annet at det spesielt i den første implementeringsfasen legges til rette og gis tid og mulighet til å fordype seg, lære og praktisere metoden, samt motta og gi veiledning, innenfor rammene av vanlig arbeidstid og normal arbeidsmengde. Det er også poliklinikkens ansvar å sikre kvalitet i behandlingen. Det er ledelsens ansvar å sørge for at det til en hver tid er nok TF-CBT terapeuter til å dekke behovet ved poliklinikken. Se kontrakt for spesifikasjoner av de to aktørene sine forpliktelser.

7.1 Kontrakt

Det inngås kontrakt med hver enkelt BUP om deltagelse i implementeringsprosjektet. Kontrakten signeres av direktør og prosjektleder ved NKVTS og BUP-leder og klinikkssjef ved BUP.

7.2 Kostnader

Gjennom Helsedirektoratets bevilgninger vil NKVTS tilby TF-CBT uten kostnader for klinikkene. Se kontrakt for spesifikasjoner av de to aktørene sine økonomiske forpliktelser.

8. Prosjektets varighet

Prosjektperioden avsluttes ved utgangen av 2021.

Referanser

- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Moullin, J. C., Torres, E. M., & Green, A. E. (2017). Testing the leadership and organizational change for implementation (LOCI) intervention in substance abuse treatment: a cluster randomized trial study protocol. *Implementation Science*, 12–29.
- Balas, E., & Boren, S. (2000). *Managing clinical knowledge for health care improvement: van Bemmel JH, McCray AT, Yearbook of Medical Informatics*. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, 65–70.
- CEBC (2006-2018). *The EPIS framework*. The California Evidence-based Clearinghouse for child welfare. Retrieved from <http://www.cebc4cw.org/implementing-programs/tools/epis/>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Murray, L. K., & Igleman, R. (2006). Psychosocial interventions for maltreated and violence-exposed children. *Journal of Social Issues*, 62, 737–766.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic Grief in children and adolescents, Second edition*. New York: Guilford Press.
- 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., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135–145.
- 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 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>
- 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.
- Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., & Farahnak, L. R. (2014). Assessing the organizational context for EBP implementation: the development and validity testing of the Implementation Climate Scale (ICS). *Implementation Science*, 9(157).
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research. A synthesis of the literature*. Tampa: 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
- Glisson, C. (2007). Assessing and changing organizational culture and climate for effective services. *Research on Social Work Practice, 17*, 736–747.
- Glisson, C., & James, L. R. (2002). The cross-level effects of culture and climate in human service teams. *Journal of Organizational Behavior, 23*, 767–794.
- Grant, J., Green, L., & Mason, B. (2003). Basic research and health: a reassessment of the scientific basis for the support of biomedical science. *Res Eval, 12*:217–24
- Herschell, A., D., Kolko, D. J., Baumann, B. L., & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: a review and critique with recommendations. *Clinical Psychological Reviews, 30*(4), 448–466.
- Hjemdal, O. K. (2006). *Kartlegging av tilbudet til traumatiserte ofre for vold, overgrep, ulykker og katastrofer, flyktninger og torturofre*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K. E., ... & Wentzel-Larsen, T. (2013). Treating traumatized youth: 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.
- Kaur, H., & Naseem, N. S. (2017). *Holdninger til evidensbasert praksis blant ansatte i psykisk helsevern for barn og unge*. Hovedoppgave for Cand.Psychl. Oslo: Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt.
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., ... & 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.
- Moullin, J. C., Ehrhart, M. G., Torres, E. M. & Aarons, G. A. (2017). *Development and testing of a brief EBP implementation intentions scale using Rasch analysis*. Paper presented at the 4th Biennial Conference of the Society for Implementation Research Collaboration. Seattle, Washington, USA.
- NICE (2005). *NICE clinical guideline on post-traumatic stress disorder from <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG26>*
- Ormhaug, S., Jensen, T. K., Hukkelberg, 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*, 234–239.
- Powell, B. J., McMillen, J. C., Proctor, E. K., ... & York, J. L. (2012). A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Medical Care Research and Review, 69*(2), 123–157.
- Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science, 8*, 139.
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.

- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., ... & Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders, 210*, 189–195.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., ... & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 156–183.
- Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S. ... & Task Force on Community Preventive Services (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 35*(3), 287–313.