



Tidlig hjelp til traumeutsatte barn – utprøving av Trinnvis TF-CBT i kommunale tjenester for barn og unge

Oppsummering av resultater fra en gjennomførbarhetsstudie

Ormhaug, S.M., Skjærvø, I., Fagermoen, E.M.K., Gurandsrud, P., Haabrekke, K.J., Knutsen, M.L., Næss, A., Päivärinne, H.M., & Jensen, T.K.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble stiftet i 2003. Selskapet er en del av Norwegian Research Centre AS (NORCE).

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning innen temaene

- vold og overgrep i nære relasjoner
- tvungen migrasjon og flyktningshelse
- katastrofer, terror og stressmestring

NKVTS har en egen seksjon for implementering og behandlingsforskning som arbeider på tvers av temaområdene våre. Senteret har også en nasjonal beredskapsfunksjon på området katastrofer og stressmestring.

Virksomheten ved senteret finansieres av flere departementer og direktorater, Norges forskningsråd, EU, frivillige organisasjoner og andre.

Vår visjon: «Et bedre liv for berørte av vold og traumer».

ISBN 978-82-8122-171-0 (PDF)

Illustrasjonsfoto forside: Visual Lab

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på www.nkvts.no

Innhold

Forord	5
---------------	----------

Sammendrag	6
-------------------	----------

1 Oppdraget til NKVTS	8
------------------------------	----------

2 Bakgrunn	9
2.1 Omfang av vold og traumer hos barn i Norge	9
2.2 Barns traumeerfaringer blir ikke alltid oppdaget	10
2.3 Behandlingstilbudet til barn i kommunale tjenester	10
2.4 Tiltak for traumeutsatte barn bør involvere foreldre	11
2.5 Trinnvis TF-CBT – en foreldreledet terapeutstøttet behandling	11
2.6 Studiens overordnede målsettinger	12

3 Metode	14
3.1 Kriterier for deltakelse i studien	14
3.2 Rekruttering av kommuner og terapeuter	15
3.3 Opplæring i Trinnvis TF-CBT	15
3.4 Kvantitative data	16
3.5 Kvalitative data	18
3.6 Ethiske refleksjoner	20

4 Resultater	22
4.1 Utfall av screening for inklusjon til studien	22
4.2 Barna og foreldrene i studien	22
4.3 Utfall av behandlingen	26
4.4 Barn, foreldre og terapeuters opplevelse av Trinnvis TF-CBT	28
4.5 Overgangen fra trinn 1 til trinn 2	30
4.6 Trinnvis TF-CBT og kommunens målsettinger og rammer	32
4.7 Tiltak som fremmer og barrierer som hemmer bruken av metoden	33

5 Diskusjon	35
5.1 Barn og foreldre fikk god hjelp av behandlingen	35
5.2 Behandlingsmetoden passer godt inn i en norsk kontekst	37
5.3 Identifiserte barrierer for å ta metoden i bruk	39
5.4 Styrker og svakheter ved studien	40

6 Konklusjon og videre anbefalinger 41

6.1 Veien videre: Hybridstudie av effekt og implementering 41

6.2 Tiltak for å håndtere barrierer 42

6.3 Tidsplan 43

Referanser 44

Appendiks 1: 46

Tabelloversikt

Tabell 1. Demografi for barna i studien 23

Tabell 2. Demografi for foreldre i studien 24

Tabell 3. Første kjennskap til traumet og henvisning til tjeneste med Trinnvis TF-CBT 25

Figuroversikt

Figur 1. Skjematisk fremstilling av Trinnvis TF-CBT-modellen i Norge 12

Figur 2. Oversikt over flyt fra screening til oppstart i behandling 22

Figur 3: Barnas alder og biologiske kjønn 22

Figur 4. Type traumer som er fokus for barnas behandling 23

Figur 5. Hvilken omsorgsgiver deltok i behandlingen 24

Figur 6. Tid fra a) traumet skjedde til det ble avdekket, og b) fra avdekking til første hjelp 25

Figur 7. Oversikt over behandlingsforløp for de deltagende barna 26

Forord

Mange har bidratt til gjennomføringen av dette prosjektet og fortjener en stor takk for sin innsats. Først og fremst gjelder dette alle barn og omsorgsgivere som har deltatt i studien, og som har delt av sine erfaringer. En takk går også til alle terapeutene og kommunene som har vært med på utprøvingen av Trinnvis TF-CBT og som har gitt oss jevnlig tilbakemeldinger og innsikt i hvordan behandlingen har fungert der ute i det virkelige livet. Vi vil dessuten takke for innsatsen til alle medarbeidere på Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) som har bidratt til gjennomføringen av prosjektet: tidligere prosjektleder Marianne Martinsen, ph.d., psykologspesialistene Cecilie Ursin Skagemo og Kaja Michaelsen, forsker Gunvor Marie Dyrdal, ph.d., og prosjektkoordinatorene Roxana Camilla Nymoene, Live Skow Hofgaard og Camilla Blestad, Marianne Bergerud-Wichstrøm og Linn-Eirin Aronsen Haugen. Sist, men ikke minst, en stor takk til professor Alison Salloum fra University of South Florida (USF). Hun er hovedutvikleren av behandlingsmetoden og har bistått prosjektet med opplæring og veiledning av alle terapeutene.

I piloten er det samlet inn en mengde kvalitative og kvantitative data, og i denne rapporten gjengir vi hovedtrekkene i resultatene våre. Flere internasjonale og nasjonale artikler er under utarbeiding, og ytterligere resultater vil bli publisert fortløpende. Se appendiks 1 for en oversikt over planlagte vitenskapelige publikasjoner fra studien.

Doktorgradsprosjektet «The role of parents in Stepped Care Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (SF-TF-CBT); an early intervention for violence- and trauma-exposed children» er tilknyttet studien. Dette prosjektet er finansiert av stiftelsen DAM, og stipendiat er psykologspesialist Else Merete Kvalsvik Fagermoen. Hovedformålet med doktorgradsprosjektet er å forstå mer av foreldrenes rolle i Trinnvis TF-CBT behandlingen, hvilke foreldre som ser ut til å klare å nyttiggjøre seg behandlingen, og hva slags sammenheng det er mellom foreldre og barns psykiske helse. I den forbindelse er det samlet inn en del informasjon om både foreldrenes og barnas fungering, men disse dataene er fortsatt under bearbeiding, og kun deler av resultatene blir presentert i denne rapporten.

Etter sommeren 2022 har Stepped Care TF-CBT i USA blitt endret til å hete *Stepped Care CBT for Children after Trauma*, og trinn 1 heter *Stepping Together for Children after Trauma*. På norsk har vi oversatt dette til *Trinnvis sammen*, og vi omtaler metoden som en *foreldreledet, terapeutstøttet traumebehandling*. I denne rapporten brukes imidlertid det gamle navnet Trinnvis TF-CBT, siden det er det som vil være mest gjenkjennelig for de aktørene som har vært involvert så langt.

Studien er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Helsedirektoratet (Hdir). Vi vil særlig takke seniorrådgivere Ann Nordal og Kristin Alfsen for konstruktive samtaler og støtte underveis.

Sammendrag

Hvert år er det mange barn og unge som opplever traumatiserende hendelser og mange av dem vil ha behov for hjelp. Spesialisthelsetjenesten (BUP) har i dag gode behandlingsmetoder for traumatiserte barn, men mange må vente lenge før de får hjelp. Da kan vanskene ha utviklet seg til å bli omfattende. Foreldrene spiller en viktig rolle for barnets tilpasning etter traumer, men mange foreldre føler seg hjelpeløse og usikre på hvordan de best kan hjelpe. Det er derfor behov for gode behandlingsmetoder som kan gi barna hjelp på et tidlig tidspunkt, og som kan bidra til å styrke foreldrenes evne til å hjelpe barna.

Hovedhensikten med denne studien var å prøve ut en trinnvis behandlingsmodell i kommunale tjenester for barn og unge og undersøke 1) om barn som mottar denne hjelpen, opplever symptomlette og bedre daglig fungering, 2) om foreldre som gjennomfører Trinnvis TF-CBT, opplever økt foreldrekompentanse og bedring i familierelasjoner, og 3) om metoden passer som en tidlig intervensjon for traumeutsatte barn i kommunale tjenester. Modellen er en norsk tilpasning av behandlingsmetoden Stepped Care Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, på norsk Trinnvis traumefokusert kognitiv atferdsterapi (Trinnvis TF-CBT). Metoden er utviklet for barn i alderen 7–12 år som har klinisk relevante symptomer på posttraumatisk stress (PTSS), og den består av to trinn: Trinn 1 er en foreldreledet og terapeutstøttet korttidsbehandling som er delvis hjemmebasert. Trinn 2 består av terapeutledet TF-CBT og tilbys de barna som har behov for tettere oppfølging. I den norske modellen ble trinn 1 prøvd ut i førstelinjen, mens spesialisthelsetjenesten (BUP) utgjorde trinn 2.

Det var 11 kommuner og 19 terapeuter som prøvde ut behandlingene på til sammen 82 barn og deres foreldre.

Det var stor variasjon i hvilke typer traumer barna i studien fikk behandling for. De aller fleste (68 prosent) hadde vært utsatt for interpersonlige traumer i form av vold enten innenfor eller utenfor familien, mens 22 prosent fikk behandling for vansker knyttet til alvorlige ulykker eller andre mer enkeltstående traumer. For nesten halvparten av barna (46 prosent) hadde det gått mer enn ett år fra de(n) traumatiske hendelse(n) til de fikk hjelp, og for 20 prosent av barna hadde det gått mer enn ett år før de fortalte om hendelsen til en voksen. Av de 82 familiene som deltok, var det 78 prosent som fullførte den foreldreledede behandlingen, 11 prosent som avbrøt, og 11 prosent som ble trappet opp til BUP underveis. Av de 64 familiene som fullførte behandlingen var det 83 prosent som ikke hadde behov for mer traumefokusert behandling. I gjennomsnitt lå barnas symptomer på posttraumatisk stress langt over klinisk grense ved oppstart, og disse symptomene var redusert til godt under klinisk grense etter fullført behandling. Barna rapporterte også om en signifikant bedring i daglig fungering. Foreldrene beskrev at de opplevde at behandlingen hadde gitt dem en bedre forståelse av sitt eget barn, og at de hadde fått noen nye verktøy som har gjort dem bedre i stand til å hjelpe. De opplevde dessuten at de hadde fått en bedre relasjon til barnet. Også barna og terapeutene beskrev at de likte å jobbe med metoden, og barna bekreftet foreldrenes tilbakemelding om at relasjonen hadde blitt styrket.

Intervjuer med ledere og terapeuter i kommunen viste at metoden passer godt inn i deres målsetting om å tilby behandling som kan styrke foreldrenes evne til å ivareta egne barn, og at metodens varighet og omfang passer godt inn i de rammene de har satt for behandling av barn i førstelinjen. For de familiene som ble trappet opp til videre behandling i BUP, innebar det en

ventetid og en basisutredning ved BUP før videre behandling ble igangsatt. Allikevel beskrev de fleste foreldrene og BUP-terapeutene at denne overgangen fungerte greit, og at de opplevde at barna hadde fått god og komplementær hjelp.

Den samlede vurderingen er at Trinnvis TF-CBT er en lovende behandlingsmetode som passer inn i kommunale tjenester, og at plasseringen av trinn 1 i førstelinjen kan bidra til at traumeutsatte barn får hjelp på et tidlig tidspunkt. Før en eventuell fullskala implementering kan anbefales, er det behov for mer kunnskap om hvorvidt det foreldreledede trinn 1 er mer effektivt enn dagens tilbud i kommunen. Det som også bør undersøkes nærmere, er langtidseffekten av behandlingen og hvorvidt denne er mer kostnadseffektiv enn den standardhjelpen som tilbys i dag.

1 Oppdraget til NKVTS

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fikk i 2017 i oppdrag å utarbeide kunnskapsgrunnlaget for behandling samt å utrede forløp for voldsutsatte og for personer som utøver vold (Revidert nasjonalbudsjett 2017, kap. 765, post 75). Bevilgningen ble i samråd med Helsedirektoratet delt i tre prosjekter:

- 1) utredning av kunnskapsgrunnlaget for behandling av personer som er utsatt for vold, og for personer som utøver vold
- 2) publisere en elektronisk veileder for helsepersonells arbeid med vold i nære relasjoner
- 3) utredning av forløp for voldsutsatte barn og omsorgsgivere gjennom utprøving og evaluering av en modell for tidlig intervensjon

Denne rapporten omhandler delprosjekt 3. Prosjektet ble gjennomført av NKVTS i perioden juni 2018–mars 2022. Første del av rapporten gir en faglig bakgrunn for prosjektet og en beskrivelse av behandlingsmetoden, deretter presenteres resultater og erfaringer som ble gjort ved gjennomføringen av studien. I siste del drøftes funn og erfaringer, studiens implikasjoner for videre forskning og anbefalinger ved videreføring av prosjektet.

2 Bakgrunn

Dette prosjektet har hatt et særlig fokus på å utforske to utfordringer relatert til traumatiserte barn og deres behov for hjelp. Den første utfordringen er knyttet til hvordan vi kan identifisere traumatiserte barn tidligere slik at de kan få raskere hjelp. Tilgjengelig og tidlig hjelp etter traumer kan forhindre skjevutvikling og forebygge psykopatologi og funksjonsfall i hverdagsliv og skolesammenheng. Den andre utfordringen er knyttet til hvordan det kan tilrettelegges for at flere får hjelp, og at hjelpen organiseres på måter som styrker foreldres mestringsstrategier i møte med et traumatisert barn. Det er i dag et stort sprik mellom behovet for hjelp og faktisk bruk av tjenester, og tiltak som minimerer terapeutressurser, kan friggi ressurser til å hjelpe flere.

Prosjektet Trinnvis TF-CBT adresserer disse to kunnskapshullene ved å prøve ut en intervensjon i kommunehelsetjenesten som kan tilbys traumeutsatte barn på et tidlig tidspunkt, og hvor ansvaret for de terapeutiske endringsprosessene delvis skifter fra terapeuten til foreldrene.

2.1 Omfang av vold og traumer hos barn i Norge

Hvert år utsettes en betydelig andel barn for vold eller andre potensielt traumatiserende hendelser. Eksempler på slike hendelser er seksuelle overgrep, vold i nære relasjoner, alvorlig og truende mobbing på skolen, smertefull medisinsk behandling, ulykker samt dødsfall hos en omsorgsperson. En norsk omfangsundersøkelse av ungdom i alderen 12–16 år og deres erfaringer med vold og overgrep i oppveksten avdekket at 1 av 5 har opplevd fysisk vold fra foreldre minst én gang, og 1 av 10 har opplevd gjentatt fysisk vold. Videre rapporterte 6 prosent av ungdommene at de har vært utsatt for seksuelle overgrep fra en voksen (Hafstad & Augusti, 2019). Selv om ikke alle som har vært eksponert for traumer, utvikler psykiske vansker som vil kreve oppfølging i form av terapi, vet vi at en betydelig andel vil utvikle langvarige og alvorlige plager (Alisic et al., 2014). For barn vil langvarig eller kronisk stress være spesielt alvorlig, siden det kan forstyrre deres normale utviklingsprosesser.

En del av plagene til traumeutsatte barn kan komme i form av posttraumatiske stress-symptomer (PTSS). Dette innebærer at barna forstyrres av påtrengende minner, mareritt og gjenopplevelser av det som skjedde; de bruker mye krefter og energi på å unngå følelser, tanker, personer, steder og annet som minner om hendelsen(e); barna får en forhøyet autonom alarmberedskap og vaksomhet, og mange utvikler negative oppfatninger av seg selv, andre og verden.

Noen barn kan også utvikle symptomer på kompleks posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Det innebærer at de i tillegg til å ha symptomer på PTSD også har vansker med selvorganisering, det vil si at de har problemer med å regulere følelsene sine, de har et svært negativt selvbilde og vansker i relasjon med andre. Det er ikke uvanlig å ha sterke reaksjoner i etterkant av en traumatisk hendelse, men når traumerelaterte vansker og symptomer vedvarer over tid og fører til funksjonsnedsettelse, bør traumefokuserte intervensjoner vurderes. Hvis posttraumatiske symptomer vedvarer utover seks måneder etter den traumatiske hendelsen, er det stor risiko for at vanskene blir kroniske, og det vil være behov for terapeutisk behandling (Hiller et al., 2016).

2.2 Barns traumeerfaringer blir ikke alltid oppdaget

Identifisering av traumeeksponering hos barn og unge er en forutsetning for å gi beskyttelse og tilpasset behandling. Samtidig viser studier at vold mot barn avdekkes for sjelden og for sent (NOU 2017: 12, 2017). Gjennom ti år med implementering av kartlegging av traumeerfaringer og Traumefokustert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i BUP har vi sett at mange barn som kommer til behandling i spesialisthelsetjenesten, aldri har fortalt noen om sine traumeerfaringer, eller at det gikk lang tid fra traumehendelsene oppsto, til de fikk hjelp (Ormhaug et al., 2012; Skar et al., 2022). Denne kunnskapen var et viktig argument for at kartlegging av volds- og traumeerfaringer i dag er en del av basisutredningen ved BUP, etter innføring av pakkeforløp for utredning og behandling av psykisk helse blant barn og unge (Helsedirektoratet, 2018). Det er grunn til å anta at mange av barna som søker hjelp i førstelinjen, også har vært utsatt for potensielt traumatiserende hendelser, og mer systematisk kartlegging og økt kompetanse på tidlig identifisering av traumer fremstår også der som betydningsfullt.

Det kan være ulike grunner til at vold og andre traumatiserende hendelser ikke avdekkes. Mange barn som er utsatt for vold og overgrep, vegrer seg ofte for å fortelle om dette til voksne. Dette fordi de kan oppleve det som skamfullt, de kan være redde for at de ikke blir trodd, eller de kan ha blitt truet til å holde det hemmelig (Flåm & Haugstvedt, 2013; Hafstad & Augusti, 2019; Jensen et al., 2005). Det kan også være slik at de voksne ikke forstår hvor skremmende og overveldende slike hendelser kan ha vært opplevd av barnet, og flere studier har vist at foreldre ofte underrapporterer barns traumereaksjoner (Meiser-Stedman et al., 2007; Skar et al., 2022). Siden barn ofte ikke forteller uoppfordret om sine traumeerfaringer eller selv søker hjelp for sine vansker (Hafstad & Augusti, 2019), er det viktig at vi spør dem direkte om utsatthet og egne opplevde symptomer. Studier viser at de fleste barn synes det er greit å bli spurt om potensielt traumatiserende hendelser (Dos Santos et al., 2016; Skar et al., 2019). Voksne som regelmessig møter barn på arenaer der barna tilbringer mye tid, er i en særlig posisjon til å avdekke vold, overgrep og andre potensielt traumatiserende erfaringer. Dette gjelder ansatte ved barnehager, skoler og SFO, men også tjenester i førstelinjen som helsesykepleiertjenesten, barnevernstjenesten, PPT og fastlegjetjenesten. En barriere mot å avdekke slike erfaringer kan imidlertid være usikkerhet knyttet til hvor og hvordan barnet kan få hjelp. Etableres det gode tiltak for traumatiserte barn i førstelinjetjenesten, kan det føre til mindre usikkerhet og også øke sjansen for tidlig identifisering av traumatiserte barn.

2.3 Behandlingstilbudet til barn i kommunale tjenester

Det er lagt politiske føringer for at kommunehelsetjenesten skal overta mer av ansvaret for de psykiske helsetjenestene for barn og unge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), og for at kommunale lavterskeltilbud skal bidra med lett tilgjengelig og tidlig helsehjelp for å redusere risikoen for at psykiske vansker vedvarer eller utvikler seg til psykiske lidelser (Riksrevisjonen, 2021; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Selv om kommunene har fått større ansvar for følge opp og gi helsehjelp til barn med milde og moderate psykiske plager (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), er tilgangen til psykiske helsetjenester i norske kommuner ulik og delvis mangelfull (Riksrevisjonen, 2021). Én av ti kommuner har ikke noe behandlingstilbud utover fastlege til barn og unge med psykiske plager og lidelser (Ose & Kaspersen, 2021), og én av fem kommuner har ikke knyttet til seg psykologkompetanse (Ekornrud et al., 2021). I tillegg til variasjoner i helsetjenester, ressurser og kompetanse mellom kommunene er det utfordringer knyttet til samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten (Barneombudet, 2020). Det er også påpekt at det i kommunehelsetjenesten i liten grad tas i bruk evidensbaserte behandlingsformer for psykiske plager (Riksrevisjonen, 2021), og det er per i dag ingen systematisk

implementering av evidensbasert hjelp til traumatiserte barn. Disse utfordringene peker på et behov for kunnskapsbaserte behandlingsformer i kommunehelsetjenesten og en bedre organisering av helsehjelpen slik at flere barn får tilgang til den hjelpen de trenger når de trenger den.

2.4 Tiltak for traumeutsatte barn bør involvere foreldre

Støtte fra omsorgsgiver har i flere studier vist seg å være av stor betydning for et barns reaksjon på en traumatisk hendelse (Brown et al., 2020; Trickey et al., 2012). Omsorgsgivere har en viktig rolle både som kilde til trygghet og forutsigbarhet og som en hjelp til validering og regulering av følelser. Samtidig kan det være vanskelig og utfordrende å være omsorgsgiver for et barn som har opplevd traumer, og mange kan kjenne på usikkerhet rundt hvordan de kan hjelpe barnet sitt. Flere foreldre kan føle avmakt i forsøket på å håndtere barnets endrede følelsesuttrykk og atferd (Elliott & Carnes, 2001). Foreldre kan også oppleve skyld og skam for ikke å ha klart å beskytte barnet sitt godt nok, og for noen kan dette oppleves som en barriere mot å søke hjelp. I mange tilfeller kan forelderen selv være traumatisert og streve med sine egne vansker. Dette kan føre til et vanskelig samspill mellom foreldre og barn, noe som igjen kan bidra til økt risiko for skjevutvikling hos barnet (Williamson et al., 2018). Studier har vist at foreldre til traumatiserte barn har økt risiko for å utvikle samspillsmønstre som er enten restriktive og straffende eller ettergivende og utydelige (Williamson et al., 2017). Tidlig hjelp som involverer foreldre og bidrar til å styrke deres omsorgskompetanse, vil kunne redusere risiko for barns utvikling av alvorlig psykopatologi, virke utviklingsfremmende for barnet og styrke familierelasjoner samt gjøre familier og barn bedre rustet til å håndtere fremtidige belastninger.

Prinsippet for foreldreledet behandling er at foreldrene overtar deler av ansvaret for barnets behandling, under tett veiledning fra en terapeut. Foreldreledet behandling er foreløpig lite utprøvd, både nasjonalt og internasjonalt. Gjennom å teste ut en lavterskelbasert foreldreledet behandlingsmetode som Trinnvis TF-CBT har vi ønsket å se om denne metoden kan bidra til at flere traumeutsatte barn får hjelp tidligere, samtidig som foreldrenes evne til å hjelpe sitt eget barn vil styrkes.

2.5 Trinnvis TF-CBT – en foreldreledet terapeutstøttet behandling

Trinnvis TF-CBT er en behandlingsmetode for barn som strever med klinisk relevante symptomer på posttraumatisk stress (PTSS) etter én eller flere traumatiserende hendelser, og er en norsk tilpasning av behandlingsmetoden Stepped Care Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (SC-TF-CBT) (Salloum, Robst, et al., 2014; Salloum, Scheeringa, et al., 2014). Metoden er utviklet i USA og basert på behandlingsprinsippene til TF-CBT (Cohen et al., 2018; Cohen & Mannarino, 2008). Arbeidsboken som benyttes i behandlingen, er utviklet fra *Preschool PTSD Treatment* (Scheeringa et al., 2011) og innlemmer eksisterende kunnskap om effekten av kognitiv atferdsterapi på posttraumatisk stress (Scheeringa et al., 2011). Metoden er tilpasset barn i alderen 7–12 år.

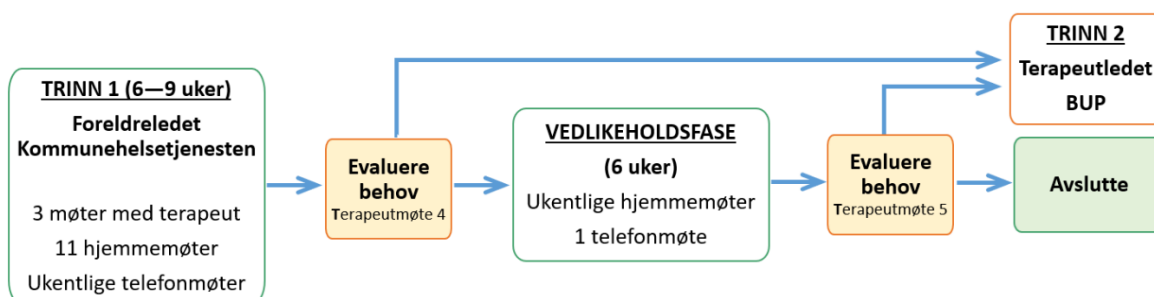
Et av prinsippene for Trinnvis TF-CBT er at behandlingen skal være lettere tilgjengelig og mer kostnadseffektiv enn ordinær terapeutledet behandling. Trinnvis TF-CBT består av to trinn: Trinn 1 er ledet av en av barnets omsorgspersoner med veiledning og oppfølging av terapeut. Trinn 2 består av standard TF-CBT for de barna som har behov for mer intensiv behandling. Behandlingen

kan tilpasses ulike traumer og vanskelige opplevelser, men det er en forutsetning at barnet har en tilstrekkelig stabil og trygg omsorgssituasjon til at en foreldreledet terapeutstøttet behandling kan være aktuelt.

For trinn 1 går et typisk behandlingsløp over cirka 12–15 uker. De første 6–9 ukene består behandlingen av 3 møter mellom barnet, omsorgspersonen og terapeuten. I samme periode har barnet og omsorgspersonen 11 planlagte møter hjemme, hvor de jobber strukturert med samtale- og mestringsøvelser etter arbeidsboken, også kalt Sammen-tid. Terapeuten følger opp med 6 telefonsamtaler med omsorgspersonen disse ukene, for støtte og veiledning. Metoden åpner også for å ha to ekstra timer med terapeut om det er behov for det. I den foreldreledede behandlingen følger omsorgspersonen og barnet en egen arbeidsbok som er oversatt til norsk. Dersom barnet har hatt tilstrekkelig bedring i sine symptomer etter at arbeidsboken er gjennomført, er de neste 6 ukene en vedlikeholdsfasen hvor familien fortsetter med enkelte øvelser, gjør hyggelige aktiviteter sammen og får telefonoppfølging av terapeuten. I tilfeller hvor symptombildet til barnet forverres eller bedring uteblir etter 6–9 uker, trappes barnet opp til trinn 2 (standard TF-CBT) ved BUP istedenfor vedlikeholdsfasen.

Resultater fra USA viser at Trinnvis TF-CBT har god behandlingseffekt, og at den er mer kostnadseffektiv enn standard TF-CBT-behandling (Salloum et al., 2022; Salloum, Wang, et al., 2016). Resultater fra foreliggende studier viser at metoden er godt likt av både barn og foreldre (se f.eks. Muster et al., 2022). Trinnvis TF-CBT har per i dag status som et tiltak med *noe dokumentert effekt* (evidensgrad 3) ifølge Ungsinn sine kriterier for klassifisering (ungsinn.no).

Figur 1. Skjematisk fremstilling av Trinnvis TF-CBT-modellen i Norge



I USA blir behandling med trinn 1 og trinn 2 tilbudt i spesialisthelsetjenesten, og det er den samme terapeuten som jobber med familien på begge trinnene. I Norge ble modellen tilpasset den norske organiseringen av helsetjenester gjennom at de to trinnene i modellen ble delt på tjenestenivå: Trinn 1 ble lagt til kommunale tjenester, og Trinn 2 ble tilbudt i spesialisthelsetjenesten (BUP).

2.6 Studiens overordnede målsettinger

Foreldreledet terapeutstøttet behandling er et nytt og ukjent tilbud her i Norge, og det er per i dag liten kunnskap om hvilke traumefokuserte metoder som kan passe inn som tidlige intervensjoner i førstelinjen. Hovedhensikten med denne studien var derfor å undersøke hvorvidt 1) barn som mottar trinn 1 av Trinnvis TF-CBT, opplever reduksjon av symptomer og bedre daglig fungering, 2) om foreldre som gjennomfører metoden, opplever økt foreldrekompetanse og bedring

i familierelasjoner, og 3) om metoden passer som en tidlig intervensjon for traumeutsatte barn i kommunale tjenester. Mer konkret ønsket vi å få svar på følgende spørsmål:

- hvem er barna og foreldrene som mottar behandlingen, og hvilke forløp har barna hatt fra traume til behandling?
- klarer foreldrene å gjennomføre behandlingen, og rapporterer barn og foreldre om bedring i barnets symptomer?
- hva synes foreldrene, barna og terapeutene om å jobbe med metoden?
- hvordan fungerer overgangen fra førstelinje til andrelinje for de barna som blir trappet opp?
- passer metoden inn i rammer og målsettinger hos kommunale tjenester?
- hva fremmer og hva hemmer bruken av metoden?

3 Metode

Dette er den første studien som har testet ut Trinnvis TF-CBT-modellen utenfor USA, og den ble designet som en gjennomførbarhetsstudie (Bowen et al., 2009). Prosjektet har vært ledet av NKVTS, i samarbeid med metodens hovedutvikler, professor Alison Salloum (USF).

3.1 Kriterier for deltakelse i studien

Følgende kriterier lå til grunn for deltakelse i studien:

Kommunene skulle ha minst to terapeuter som ønsket opplæring i metoden. Dette var basert på erfaringer fra tidligere implementeringsprosjekter om at et lokalt fagmiljø er viktig for terapeuter. Kommunene måtte ha tilknytning til en BUP som tilbød TF-CBT, og det var ønskelig at inkluderte kommuner samlet sett skulle representere en variasjon i geografisk plassering og kommunekarakteristikk.

Terapeutene måtte være ansatt i en kommunal tjeneste og jobbe med barn i den aktuelle aldersgruppen. Terapeutene måtte også ha rom for å utføre behandling som en del av sin stilling. Det var ønskelig at terapeutene var utdannet psykolog eller psykiater. Andre yrkesgrupper ble vurdert dersom vedkommende var sertifisert TF-CBT-terapeut eller hadde alle følgende kriterier oppfylt: annen relevant tilleggsutdanning (primært CBT), klinisk erfaring med terapi og foreldreveiledning samt teamsamarbeid med en psykolog eller en annen med diagnosekompetanse og henvisningsrett.

Barna måtte være innen aldersgruppen 7–12 år og ha opplevd minst én potensielt traumatisk hendelse etter fylte 3 år. Det måtte ha gått minst én måned siden den traumatiske hendelsen. Inklusjonskriterier var videre minst fem symptomer på posttraumatisk stress, hvorav ett symptom måtte være på gjenopplevelse og ett symptom på unngåelse. Da behandlingen foregikk hjemme og med omsorgsgiver i rollen som hjelper, var det viktig at barnet opplevde seg trygg hjemme, ikke ble utsatt for pågående traumer og hadde en trygg relasjon med omsorgsgiveren som skulle lede behandlingen hjemme.

Omsorgsgiver måtte beherske norsk språk godt nok til å kunne jobbe med arbeidsboken sammen med barnet og ha kapasitet til å følge barnet gjennom Trinnvis TF-CBT-behandlingen. Omsorgsgiver som skulle lede behandlingen, kunne ikke være årsak til barnets traume.

Eksklusjonskriterier til deltakelse omhandlet mistanke om alvorlige tilstander som psykose, suicidfare, rus, autismespekterforstyrrelse eller psykisk utviklingshemning hos barnet eller omsorgsgiver, eller andre tilstander som ville vanskeliggjøre det å jobbe med en arbeidsbok hjemme. Dersom barnet fikk psykofarmaka, måtte virkningen ha vært stabil i minst fire uker (minst to uker for stimulanter eller benzodiazepiner), og barnet kunne ikke samtidig motta traumebehandling et annet sted.

3.2 Rekruttering av kommuner og terapeuter

Det ble gjennomført to runder med rekruttering av kommuner og terapeuter, henholdsvis våren 2018 og høsten 2019. I den første runden ble det benyttet en nettverksstrategi, hvor NKVTS dro nytte av tidligere erfaring og kontakter knyttet til implementeringen av TF-CBT i BUP. Til sammen 10 kommuner representert ved 20 terapeuter ble rekruttert. Med tanke på at prosessen bygde på en sondering av terapeutlandskapet, både kunne og ønsket de fleste av disse kommunene å delta.

For å sikre tilstrekkelig deltakelse til prosjektet ble det høsten 2019 gjennomført en ny runde med rekruttering av kommuner og terapeuter. I denne runden med rekruttering gikk prosjektet bredere ut, og kriteriene for kommuneutvelgelse ble benyttet som en guide for å kontakte terapeuter og ledere i ulike kommuner om prosjektet. Totalt 52 kommuner ble kontaktet med forespørsel om deltakelse, og av disse var det 8 kommuner med til sammen 26 terapeuter som hadde mulighet til og ønske om å delta i prosjektet. Tilbakemeldingen fra mange av kommunene var at de ikke kunne delta på grunn av pågående prosesser med kommunesammenslåing samt usikkerhet knyttet til ressurser og tjenesteplassering, og at psykologer i noen av kommunene ikke hadde behandling som sin primære arbeidsoppgave. Flere av kommunene hadde heller ikke noe eget psykisk helsetilbud til barn utover fastlege og skolehelsetjenesten. Våren 2021 ble en siste kommune inkludert i sammenheng med at en etablert terapeut i prosjektet byttet arbeidsplass til en nabokommune.

Rekrutteringen til prosjektet ble ikke utelukkende styrt av ledelsen i kommunen, men også av terapeutenes ønsker, motivasjon og interesse for å delta. Av de rekrutterte terapeutene var det en klar overvekt av kvinner. To tredeler av terapeutene var psykologer eller psykologspesialister, resten hadde treårig høyskoleutdanning med klinisk videreutdanning og -praksis.

År	Rekrutterte kommuner	Antall terapeuter
2018	10 Alta, Bergen (bydel Fana og Åsane), Bærum, Fjell, Larvik, Nittedal, Oslo (bydel Grorud), Ringsaker, Sola, Sund	20
2019	8 Indre Østfold, Lillestrøm, Lørenskog, Sarpsborg, Stavanger, Stjørdal, Sør-Varanger, Tromsø	26
2021	1 Færder	1 (inkludert over)
Totalt	19 kommuner	46

3.3 Opplæring i Trinnvis TF-CBT

Opplæringen ble gitt i regi av NKVTS og metodens hovedutvikler, professor Alison Salloum ved USF i USA.

Grunnopplæringen besto av en to dagers opplæring i traumeforståelse og de grunnleggende prinsippene i TF-CBT, nettkurs i TF-CBT og to dager med opplæringsprogrammet i Trinnvis TF-CBT. For å bli godkjent som Trinnvis TF-CBT-terapeut måtte deltakerne også gjennomføre minimum tre Trinnvis TF-CBT-behandlinger under veiledning av professor Salloum. Terapeutene deltok på månedlig saksveiledning i gruppe via videomøte med professor Salloum, og de ble tilbudt ukentlig saksveiledning i gruppe via videomøte med veiledere fra NKVTS. Terapitimene ble tatt opp via appen Nettskjema-diktafon for sikker lagring i TSD (Tjenester for sensitive data) og ble deretter lyttet til av veiledere ved NKVTS for å sikre fidelitet til metoden og for å veilede og problemløse med terapeutene.

Arbeidsmateriellet som var knyttet til behandlingsmetoden, som arbeidsboken *Stepping Together* og terapeutmanualen, ble oversatt til norsk og tilpasset en norsk kontekst med henvisninger til norske nettsider og talemåter. NKVTS utarbeidet flere instruksjonsvideoer i opplæringsøyemed, for både omsorgsgivere og terapeuter. Videoene omfattet illustrasjon av avslapningsøvelser, gjennomføring av behandlingstimer samt bruk av utstyr og kartleggings skjemaer. Det ble også laget en informasjonsvideo og brosjyrer om behandlingen for å hjelpe terapeutene med å informere sine samarbeidspartnere og kommunens innbyggere om tilbudet.

Kurs og arbeidsmaterieell (arbeidsbøker, lån av iPader til opptak av terapitimer og til barns og foreldres utfylling av kartleggings skjema samt en nettside med tilgjengelige ressurser) ble bekostet av NKVTS. Gjennom deltakelse i studien hadde deltakerkommunene mulighet for å få et styrket tjenestetilbud til traumeutsatte barn nesten uten kostnad. Deltakerkommunene bekostet reise og opphold for terapeutene i forbindelse med opplæringen som foregikk i Oslo, og de refunderte terapeutenes innkjøp av fagbøker som var knyttet til metoden.

3.4 Kvantitative data

For å få tilstrekkelig statistisk styrke til å svare på prosjektets problemstillinger var det en målsetting å rekruttere minimum 80 barn og deres omsorgspersoner til å delta i studien.

Terapeutene bisto med innhenting av forskningsdata gjennom å fylle ut en kryptert nettbasert logg (lagret på sikker server hos Basefarm) og gjennom å administrere iPadene der foreldre og barn fylte ut spørreskjemaer i forbindelse med terapeutmøtene. Alle svar ble automatisk kryptert og sendt til sikker lagring ved UiOs Tjenester for sensitive data (TSD).

Barnas symptomer og funksjonsnivå ble kartlagt i forkant (T1), etter fullføring av arbeidsboken (T2) og etter fullført vedlikeholdsfasen (T3). I tillegg ble familiene invitert til en oppfølgingskartlegging tre måneder etter avsluttet behandling (T4). I denne rapporten presenteres et utvalg av kartleggingene som er gjennomført, og resultatene er basert på de tre første målingene (T1–T3).

For mer informasjon om kartleggingsinstrumentene som er brukt i studien, se Skjærvø et al. (Preprint; 2022) og <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04073862>

Resultatene fra de kvantitative analysene rapporteres uten at de statistiske verdiene er inkludert. I alle sammenhenger der begrepet «statistisk signifikant» brukes, betyr det at p-verdien var $< .050$. Mer detaljerte resultater vil bli publisert i vitenskapelige artikler, se appendiks 1 for en oversikt over innsendte og planlagte vitenskapelige publikasjoner fra studien.

Kartlegging av barna

Potensielt traumatiserende hendelser og symptomer på PTS ble kartlagt med Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS2) (Sachser et al., 2022). Skjemaet er oversatt til norsk (KATES 2) og består av tre deler.

Første del inkluderer 15 spørsmål om potensielt traumatiserende hendelser, så som vold innenfor og utenfor familien, alvorlig mobbing, seksuelle overgrep, alvorlige ulykker, plutselige dødsfall med mer.

Del to er basert på diagnosemanualene DSM-5 og ICD-11 og består av 20 spørsmål som kartlegger barnets symptomer på PTSD og kompleks PTSD i løpet av de siste 4 ukene. Dette inkluderer de 5

symptomgruppene påtrengende minner, unngåelse, negative endringer i tanker og humør, hyperaktivering og forstyrrelser i selvorganisering (emosjonsregulering, negativt selvbilde, interpersonlige vansker). Symptomene skåres på en skala fra 0 (aldri) til 3 (nesten alltid). En skår på 2 (ofte) ble i denne studien definert som et klinisk relevant symptom. En sumskår på 16 eller mer regnes som moderate symptomer, sumskår på 21 eller mer regnes som klinisk signifikante symptomer, og skårer over 24 regnes som sannsynlig PTSD.

Den siste delen av KATES 2 består av fem spørsmål som kartlegger hvorvidt symptomene forstyrrer barnets daglige fungering på skolen, med venner og familie, i fritidsaktiviteter, og generelt hvor fornøyd vedkommende er med livet. Barnet besvarer spørsmålene med ja/nei, og høyere skår betyr dårligere daglig fungering.

Kriterier for responder-status: Gjennom behandlingen ble barnas symptomutvikling kartlagt jevnlig ved hjelp av Clinical Global Impression – Improvement scale (CGI-I). Dette er en 7- punktsskala som terapeutene bruker for å vurdere i hvilken grad barnets symptomer har blitt bedre eller verre sammenlignet med symptomer ved oppstart av behandlingen.

Barn ble vurdert som responder til trinn 1 dersom vedkommende etter behandlingen rapporterte om færre enn 5 symptomer på posttraumatisk stress på KATES 2 og terapeuten samtidig vurderte barnets CGI-I til å være bedre, mye bedre eller veldig mye bedre, eller at barnet var symptomfritt. Responderkriteriene måtte være møtt ved både T2 og T3.

Kartlegging av omsorgsgivere

Deltakende omsorgsgiver ble kartlagt med spørreskjema på samme tidspunkt som det enkelte barn. Før oppstart ga foreldrene opplysninger om barnets boforhold og foreldres demografi, og på alle tre måletidspunktene vurderte de barnas symptomer på PTS med foreldreversjonen av KATES 2.

Forløp fra traume til hjelp ble fylt ut av omsorgsgiver ved oppstart av behandlingen. Dette inkluderte informasjon om hvor lang tid som hadde gått siden de(n) traumatiserende hendelsen(e), hvor lang tid det hadde tatt før hendelsen(e) ble avdekket, og hvem barnet hadde fortalt det til. I tillegg samlet vi inn opplysninger om hvem som hadde tatt kontakt med den kommunale tjenesten som tilbød behandling med Trinnvis TF-CBT.

Foreldres egne potensielt traumatiserende opplevelser ble kartlagt med Stressful Life-Events Screening Questionnaire (SLESQ), som består av en sjekklister med 15 punkter som avdekker stressende hendelser, for eksempel alvorlig sykdom, tap av familiemedlem i ulykke, voldtekt og vold. Sjekklisten har god validitet i flere kulturer (Goodman et al., 1998; Green et al., 2006) og har blitt adaptert og validert til norske forhold (Thoresen & Øverlien, 2009).

Foreldres symptomer på PTSD ble målt med PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Blevins et al., 2015). Måleinstrumentet består av 20 spørsmål som skåres fra 0 (slett ikke) til 4 (svært mye). Det gir en sumskår fra 0 til 80 med en cut-off-skår på ≥ 31 som indikerer mulig PTSD. PCL-5 har blitt validert i studier der skalaen er sammenlignet med PCL-S og PSS-I, viser god sensitivitet og er egnet til å vise klinisk endring over tid (Wortmann et al., 2016). PCL-5 har blitt oversatt til norsk og validert i norsk kontekst (Hem et al., 2012).

Symptomer på angst og depresjon hos foreldrene ble målt med Symptom Check-List-10S (SCL-10S) (Derogatis & Cleary, 1977; Strand et al., 2003). Instrumentet består av 10 spørsmål som skåres fra 0

(ikke plaget) til 4 (veldig mye plaget). Det gir en sumskåre fra 1 til 4 med cut-off-skår på ≥ 1.85 . SCL-10S er utviklet og validert i Norge (Strand et al., 2003).

Foreldrenes emosjonelle reaksjoner på barnets traume ble kartlagt med Parental Emotional Response Questionnaire (PERQ) (Mannarino & Cohen, 1996). Skalaen måler tre underliggende faktorer knyttet til vonde følelser, skam og skyld (Holt et al., 2015). De 15 spørsmålene skåres fra 1 (aldri) til 5 (alltid). Skalaen har vist god validitet i studier av foreldre med barn i aldersgruppen 7–12 år (Mannarino & Cohen, 1996). PERQ har blitt brukt i norsk kontekst tidligere (Holt et al., 2014).

3.5 Kvalitative data

For å besvare spørsmålet om hvordan Trinnvis TF-CBT passer inn i en norsk kontekst, og hvordan de involverte aktørene liker å jobbe med metoden, ble det utviklet et sett med intervjuguider for hver av de ulike deltakerutvalgene: barn, foreldre, terapeuter i kommunen, terapeuter i BUP og kommuneledere. Deltakerne ble intervjuet om sine erfaringer med metoden, der målet var å få tak i ulike erfaringer og perspektiver på samme tematikk. Intervjuene med barna ble gjennomført i ende-til-ende-krypterte videomøter og varte fra 5–10 minutter til over 30 minutter. De øvrige intervjuene foregikk per telefon eller i ende-til-ende-krypterte videomøter og hadde en varighet på mellom 20 og 60 minutter.

Intervjuene ble tatt opp via Nettskjema-diktafon for sikker lagring i TSD (Tjenester for sensitive data) og ble deretter transkribert for koding og analyse.

Barna

Barneperspektivet er foreløpig lite belyst i både norsk og internasjonal forskning om traumebehandling. Det har derfor vært viktig å få mer kunnskap om barnas synspunkter for å kunne sikre behandlingsløp som er trygge og effektive. Totalt ble 25 barn intervjuet om sitt ståsted og sine perspektiver på Trinnvis TF-CBT som behandlingsmetode og på eventuell overgang til BUP. Vi avsluttet rekrutteringen av nye barn til intervjustudien da vi hadde nådd en metning. Spørsmålene i intervjuene omhandlet

- hva barna likte og ikke likte ved metoden, og hva de syntes var hjelpsomt
- om noe var blitt annerledes (i familien, på skolen og i dagliglivet) etter behandlingen

Intervjuene med barna ble gjennomført i forbindelse med familiens siste møte hos terapeuten, det vil si etter at barna hadde gjennomført vedlikeholdsfasen. Fire av barna som ble trappet opp til BUP for mer intensiv behandling, ble intervjuet cirka tolv uker etter oppstart av ny behandling.

Foreldrene

For at vi skulle få kunnskap om foreldrenes erfaring med å bruke metoden, ble foreldre fortløpende intervjuet etter som barna ble ferdige med eller avbrøt behandlingen. Etter at de første 15 foreldrene var intervjuet, kom det ikke lenger særlig mye ny informasjon, og rekrutteringen til intervju ble avsluttet. Foreldreutvalget bestod av 11 mødre og 4 fedre, og av disse var det 14 som fullførte behandlingen, og 1 som avbrøt. To av barna ble trappet opp til BUP etter behandlingen. Intervjuene ble gjennomført i forbindelse med deres siste møte hos terapeuten etter vedlikeholdsfasen.

For at vi skulle få mer kunnskap om overgangen fra Trinnvis TF-CBT til BUP, ble det i tillegg gjort intervju med fire foreldre til barn som ble trappet opp. Foreldrene ble stilt spørsmål som

- hvordan de opplevde å lede behandlingen av barnet
- hva de som foreldre syntes var hjelpsomt / ikke hjelpsomt ved metoden
- hvordan de opplevde relasjonen til terapeuten

For de fire som ble intervjuet om overgangen til BUP, stilte vi spørsmål om hvordan de opplevde denne.

Terapeutene

Terapeutene i prosjektet ble intervjuet slik at vi kunne innhente erfaringer knyttet til å jobbe med metoden, forutsetninger og omstendigheter av betydning for å benytte den og perspektiver på metodens innpass i egen arbeidssituasjon og kommune. Vi intervjuet tre ulike utvalg av terapeuter.

Terapeuter som fikk erfaring med metoden

For å få kunnskap om terapeutenes erfaring med metoden ble det gjennomført intervjuer med tolv terapeuter som hadde gjennomført behandlingen med minst to familier. Vi ba terapeutene fortelle om

- generelle erfaringer og metodens anvendelse innenfor sin arbeidshverdag, sitt arbeidssted og sin kommune
- utbytte og erfaringer fra opplæringen og veiledningen
- barrierer for å benytte metoden

I tillegg ble det i desember 2021 gjennomført et idemyldringsmøte med seks terapeuter så vi kunne få tilbakemelding på våre tanker om videreføringen av prosjektet. I februar 2022 ble det også gjennomført et fokusgruppeintervju med fire terapeuter så vi kunne få konkrete innspill til videre tilpasninger av opplæring, arbeidsmaterialet og rutiner for kartlegging og avdekking av traumeutsatte barn.

Terapeuter som sluttet

Prosjektet opplevde et relativt stort frafall av terapeuter. Av de 46 terapeutene som i utgangspunktet ble rekruttert til prosjektet, var det 29 som sluttet underveis. For å få en bedre forståelse av hva dette handlet om, og hva som kan utgjøre barrierer ved videre implementering og forskning, gjennomførte vi intervjuer med 18 av terapeutene som sluttet i prosjektet. De øvrige 11 terapeutene hadde enten skiftet jobb og var ikke å få tak i, svarte ikke på forespørselen om å delta eller takket nei til å bli intervjuet fordi de hadde trukket seg tidlig og følte de ikke hadde noe særlig å fortelle.

I intervjuene ble terapeutene spurt om hva som var årsaken til at de besluttet å trekke seg eller ikke lenger kunne bli med i prosjektet.

BUP-terapeuter som tok imot barn som var henvist fra Trinnvis TF-CBT

For å få kunnskap om hvordan det hadde fungert med oppdelingen av den trinnvise modellen på tvers av tjenestenivåene, og om hvordan Trinnvis TF-CBT passer inn i dagens ansvarsfordeling mellom helsetjenestene, intervjuet vi også et utvalg terapeuter i BUP om deres perspektiv på barnas overgang fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Ni BUP-terapeuter som tok imot barn som var henvist videre fra Trinnvis TF-CBT, samtykket til å bli intervjuet om

- bakgrunnen for henvisningen
- erfaringer med overgangen fra kommunehelsetjenesten til BUP
- hvilken behandlingsmetode det enkelte barn hadde fått i BUP
- hvordan de tenkte rundt Trinnvis TF-CBT som metode

Ledere i kommunene

En del av prosjektets mandat var å utforske hvordan Trinnvis TF-CBT-behandlingen passer med eksisterende kommunale tilbud og former for organisering. NKVTS gjennomførte intervjuer med ledere i de 18 første kommune som ble rekruttert. Av til sammen 22 intervjudeltakere var 16 delaktige i beslutningen om å prøve ut Trinnvis TF-CBT i sin kommune. For å belyse implementeringen av TF-CBT fra flere sider og med tanke på kontekstuelle forutsetninger inviterte vi også terapeutenes nærmeste ledere til intervju. Gjennom å intervjuere ledere i deltakerkommunene ønsket vi å innhente empiriske data om

- hva som var avgjørende for beslutningen om å delta, og hvordan de så for seg at behandlingen ville passe inn i tjenestene
- deres opplevelse av hvordan metoden passer inn i kommunehelsetjenestens rammer
- barrierer for implementering

3.6 Etske refleksjoner

Selv om forskning om og med barn som mottar behandling, er verdifullt og viktig, må det tas hensyn til barns sårbarhet og behov for beskyttelse. Prosjektet la stor vekt på at det ikke skulle medføre noen ulempe for barna å delta. Deltakelse i studien var frivillig, og barna fikk tilbud om behandling uavhengig av om de ville være med i forskningsprosjektet eller ikke. For å forsikre seg om at barnet hadde det trygt nok hjemme til at en foreldreledet behandling kunne være forsvarlig, hadde alle terapeuter en samtale med barnet alene i forkant av behandlingen, og bare barn som ga muntlig samtykke til å delta i studien, ble inkludert. For å minimere eventuelle belastninger knyttet til forskningsdelen ble kartleggingen av barna gjennomført av terapeutene og begrenset til cirka 20–30 minutter. Foreldrene ga skriftlig samtykke til deltakelse i forkant av oppstart. I utgangspunktet ba vi i søknad til Regional etisk komité (REK) 20.03.18 om fritak fra kravet om skriftlig samtykke fra begge foreldre med foreldreansvar i de tilfellene der en av foreldrene hadde vært direkte ansvarlig for barnets traumer, og ønsket at prosjektet kunne følge pasient- og brukerrettighetsloven, som slår fast at det er tilstrekkelig med samtykke fra én av foreldrene dersom kvalifisert helsepersonell mener at helsehjelpen er nødvendig (§4-4, fjerde ledd). Argumentet vårt var at vi var bekymret for at kravet om å ta kontakt med og innhente samtykke fra en voldelig forelder ville være til hinder for deltakelse i studien, og at vi dermed ville gå glipp av kunnskap om en gruppe særlig sårbare barn. REK avsto denne forespørselen med henvisning til hjemmel i helseforskningsloven §10, og det ble dermed innhentet skriftlig samtykke fra begge foreldrene.

Vi hadde også et ønske om å samle inn grunnleggende informasjon om de barna som tilfredsstilte inkluderingskriteriene, men som ikke mottok behandlingen. Dette var for å få kunnskap om hvorvidt metoden passer til de barna som har behov for hjelp. REKs vurdering var at vi også til denne gruppen av barn måtte innhente skriftlig samtykke fra begge foreldrene, noe vi vurderte som lite hensiktsmessig av to hovedgrunner: 1) Krav om samtykke fra to foreldre vil antakelig føre til at få prioriterer å gi samtykke, og dermed ville grunnlaget for å svare ut forskningsspørsmålet være lite representativt, og 2) å oppbevare navn og personnummer på et større antall barn og

foreldre som ikke deltar i studien, kan vanskelig forsvares etisk. Vi påklagde avgjørelsen, og etter endelig vedtak i Den nasjonale forskningsetiske komité (NEM) 01.07.19 var konklusjonen at vi ikke kunne registrere demografisk informasjon (dvs. kjønn og alder) uten samtykke, og bare kunne samle inn overordnet informasjon om de barna som ikke deltok (dvs. ikke oppfylte inklusjonskriteriene: minimum ett eksklusjonskriterium; behov for tolk; ønsket ikke behandlingen). Datainnsamlingen ble igangsatt etter NEMs endelige vedtak.

Samlet ble det vurdert at prosjektet kan bidra til at volds- og traumeutsatte barn, som i dag kun får begrenset og lite systematisk hjelp i kommunale tjenester, vil kunne få nytte av en behandlingsmetode det er god grunn til å anta er hjelpsom. Prosjektet vil også bidra til at flere ansatte i kommunale tjenester får kunnskap om og kompetanse til å avdekke vold mot og traumer hos barn samt bidra med kunnskap om behandling og forløp som forventes å komme andre volds- og traumeutsatte til gode på et senere tidspunkt.

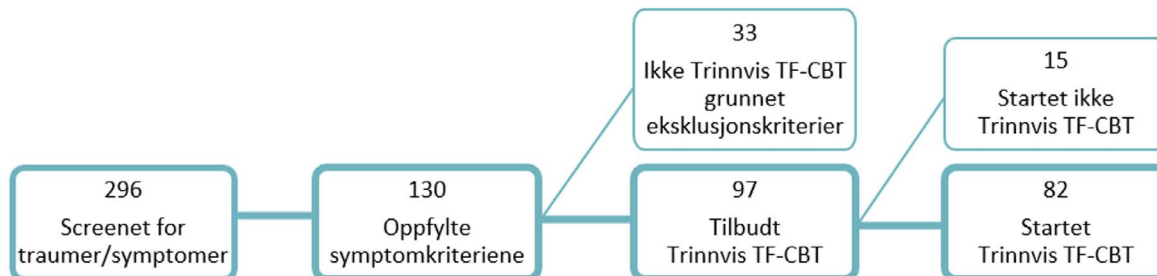
4 Resultater

4.1 Utfall av screening for inklusjon til studien

For å identifisere barn som kunne være aktuelle for behandlingen ble terapeutene bedt om å screene alle barn i alderen 7 til 12 år som tok kontakt med hjelpeapparatet i kommunen med kartleggingsverktøyet KATES 2. Noen kommuner gjorde dette, andre screenet kun barn med kjente traumer eller som man mistenkte kunne ha traumer. Det er derfor stor variasjon i antall screeninger som ble gjort i de forskjellige kommunene, og tallene kan ikke brukes til å estimere behandlingsbehovet i kommunene.

Totalt ble 296 barn screenet med KATES 2. Av disse oppfylte 130 barn (44 prosent) symptomkriteriene for deltakelse (figur 2). En fjerdedel av disse barna ble ikke tilbudt Trinnvis TF-CBT fordi de oppfylte øvrige eksklusjonskriterier, mens 97 familier fikk tilbud om behandlingen. Av de som ble tilbudt behandlingen, var det 15 om ikke startet Trinnvis TF-CBT (7 takket nei, men ønsket annen behandling; 6 ønsket Trinnvis TF-CBT, men kunne ikke begynne av ulike årsaker og fikk annen behandling; 1 ønsket ingen behandling; 1 ukjent årsak). Prosjektet fikk ikke godkjenning fra Den nasjonale forskningsetiske komité (NEM) til å innhente mer utfyllende informasjon om årsaker til eksklusjon uten skriftlig samtykke, så vi vet ikke om det er forskjell i alder, kjønn og type traumer hos barna som ble inkludert i studien, og dem som ikke ble det.

Figur 2. Oversikt over flyt fra screening til oppstart i behandling



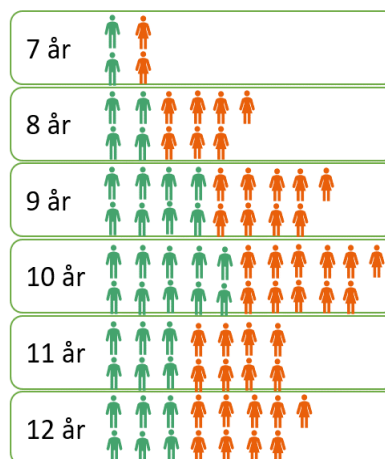
4.2 Barna og foreldrene i studien

Barna

De 82 barna som startet opp Trinnvis TF-CBT, var i gjennomsnitt 9,9 år gamle, og det var en jevn fordeling mellom kjønnene (56 prosent jenter), også innenfor aldersgruppene (figur 3). Nesten alle barna var født i Norge eller et nordisk land, flertallet bodde sammen med begge foreldrene, og 69 prosent bodde i en husstand med andre barn. Se tabell 1 for en mer detaljert beskrivelse av barna i studien.

I gjennomsnitt hadde barna opplevd 3,8 ulike potensielt traumatiske hendelser ut ifra listen med 15 slike. De fleste

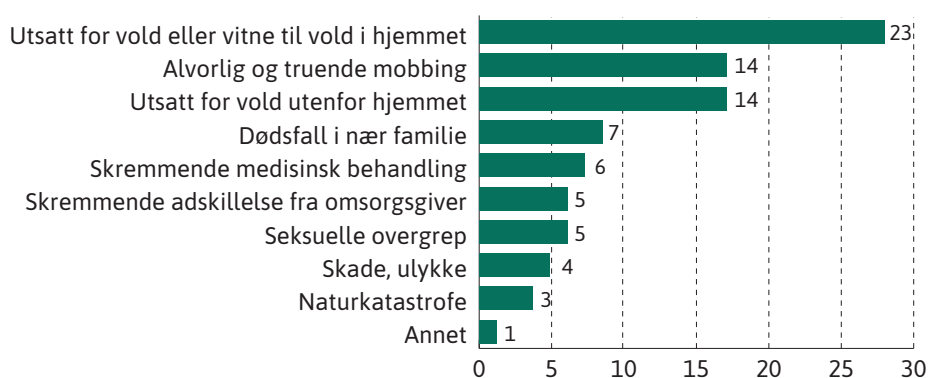
Figur 3. Barnas alder og biologiske kjønn



barna (68 prosent) mottok behandling for plager de hadde etter å ha vært utsatt for eller vitne til én eller flere former for vold, dvs. enten fysisk, psykisk eller seksuell vold eller alvorlig mobbing. De resterende barna fikk behandling etter andre typer traumer, som brått dødsfall blant nære personer, skremmende medisinske behandlinger og ulykker (figur 4).

Før oppstart av behandlingen rapporterte barna om høye symptomer på posttraumatisk stress, og gjennomsnittsskåren var over det som blir vurdert som sannsynlig PTSD på KATES 2. Også foreldrene rapporterte om høyt symptomtrykk hos barna, men samlet sett vurderte foreldrene barnas symptomtrykk som signifikant lavere enn det barna selv gjorde.

Figur 4. Type traumer som er fokus for barnas behandling (antall)



Tabell 1. Demografi for barna i studien (n=82)

Barn	Antall	%
Jenter/gutter (biologisk kjønn) ¹	46/36	56/44
Barnet født utenfor Norge/Norden	3	4
Mor født utenfor Norge/Norden	6	8
Far født utenfor Norge/Norden	11	14
Bosituasjon		
Bor sammen med begge foreldrene	41	51
Delt omsorg eller bor kun sammen med én forelder	30	37
Annet	2	2
Ukjent bosituasjon ²	9	11

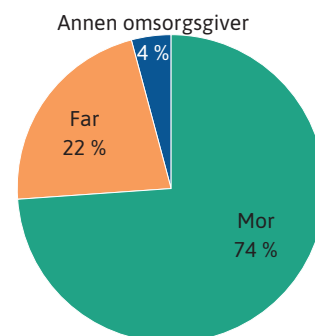
¹ Barna ble loggført som gutt/jente, vi har ikke tatt hensyn til kjønnsidentitet.

² Bosituasjon utelates om en omsorgsgiver ikke har samtykket til at opplysninger om dem kan brukes.

Foreldrene i studien

I omtrent 3 av 4 saker var mor den deltakende omsorgsgiveren. Far deltok i over 1 av 5 saker, og en annen omsorgsgiver (som bestemor eller bonusmamma) deltok i 1 av 20 saker (figur 5). Gjennomsnittsalderen var 41 år (variasjon fra 29 til 66 år). Omtrent 80 prosent av foreldrene var i arbeid, 6 prosent studerte, og 14 prosent var trygdet eller annet. Ingen var arbeidssøkende. Litt over halvparten hadde utdanning på universitetsnivå (tabell 2).

Figur 5. Hvilken omsorgsgiver deltok i behandlingen, n=82



Tabell 2. Demografi for foreldre i studien (n=801)

Foreldre	Antall	%
Utdanning		
Universitet/høyskole (5 år eller mer)	15	19
Universitet/høyskole (til og med 4 år)	29	36
Fagbrev	20	25
Videregående skole	10	13
Grunnskole eller lavere	6	8
Arbeidssituasjon		
Arbeid heltid	52	65
Arbeid deltid	12	15
Student	5	6
Trygdet/annet	11	14

¹ For 2 omsorgsgivere mangler kartlegging av foreldrefaktorer.

Av foreldrene var det 61 (75 prosent) som oppga at de selv hadde opplevd minst én potensielt traumatiserende hendelse, hvorav 49 (61 prosent) rapporterte om minst én episode med vold (fysisk, psykisk eller seksuelt), og 34 (42 prosent) rapporterte om minst én mer enkeltstående hendelse (ulykke, plutselig dødsfall osv.). I gjennomsnitt hadde hver forelder opplevd 2,8 ulike potensielt traumatiserende hendelser.

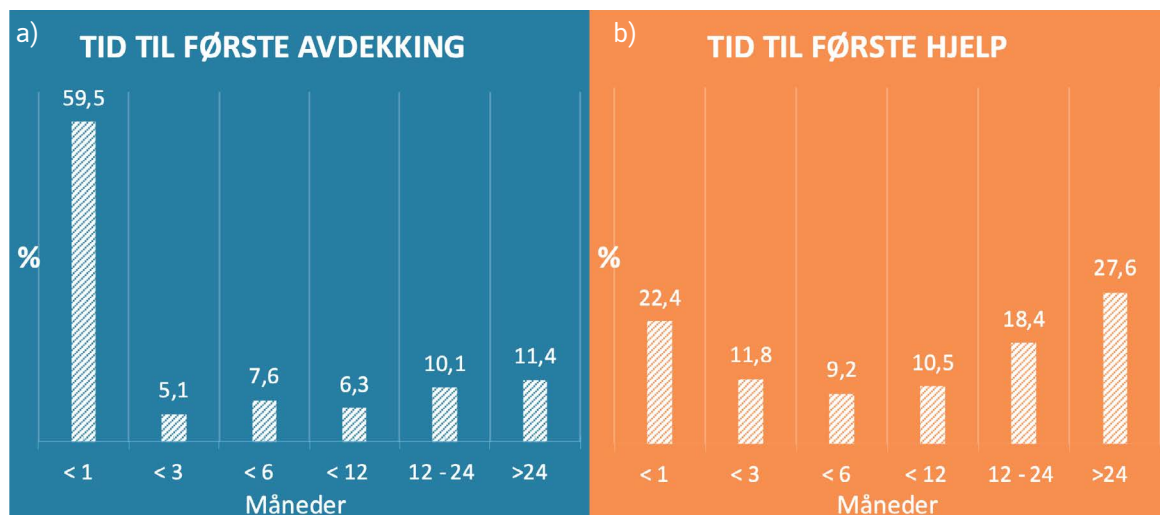
Ved kartlegging oppga 29 prosent av foreldrene symptomer på angst og depresjon over klinisk grense. Av de foreldrene som selv hadde vært utsatt for traumer, hadde 12 prosent symptomer på PTS over klinisk grense. Foreldrene rapporterte også om betydelige emosjonelle reaksjoner på barnets traumer. Det finnes ingen klinisk cut-off på instrumentet som er brukt (PERQ), men gjennomsnittsskåren er sammenlignbar med det som er funnet hos foreldre med barn som mottar TF-CBT i BUP (Holt et al., 2014).

Barnas forløp fra opplevd traume til mottatt hjelp

Hos 60 prosent av barna ble traumet avdekket innen en måned etter hendelsen. Hos 13 prosent av barna var det avdekket innen 6 måneder, mens så mange som 21 prosent av barna ikke hadde fortalt om traumet før det var gått 12 måneder eller mer.

Tiden fra traumet ble avdekket, til barnet første gang fikk hjelp for hendelsen, varierte. Hos 22 prosent gikk det mindre enn en måned før de fikk hjelp, og til sammen 34 prosent av barna hadde fått hjelp i løpet av de tre første månedene. For en stor andel hadde det imidlertid gått lang tid, og for hele 46 prosent hadde det gått det mer enn ett år.

Figur 6. Tid fra a) traumet skjedde til det ble avdekket, og b) fra avdekking til første hjelp



Omsorgsgivere var i hovedsak de som først ble kjent med traumet barnet hadde opplevd (85 prosent). I de resterende tilfellene var det skolen eller skolehelsetjenesten (8 prosent) eller andre (8 prosent, se tabell 3). Det var også omsorgsgiver som sto for de fleste av henvisningene til tjenesten som tilbød Trinnvis TF-CBT; dette gjaldt i 47 prosent av sakene. Også skolehelsetjenesten og barneverntjenesten sto for en del henvisninger, henholdsvis 20 og 15 prosent.

Tabell 3. Første kjennskap til traumet og henvisning til tjeneste med Trinnvis TF-CBT

Hvem ble først kjent med barnets traume? (n=79)		Hvem henviste barnet til tjenesten med Trinnvis TF-CBT? (n=80)	
Rolle/tjeneste ¹	%	Rolle/tjeneste ¹	%
Omsorgsgiver	84,8	Omsorgsgiver	47,5
Skole	6,3	Skolehelsetjenesten	20,0
Skolehelsetjenesten	1,3	Barneverntjenesten	15,0
Venn av barnet	1,3	Skole	6,3
BUP	0,0	Fastlege	3,8
Legevakt	0,0	Barnet selv	2,5
Andre	6,3	BUP	1,3
		Legevakt	1,3
		Andre	2,5

¹Ingen rapporterte tannlege, NAV eller politi.

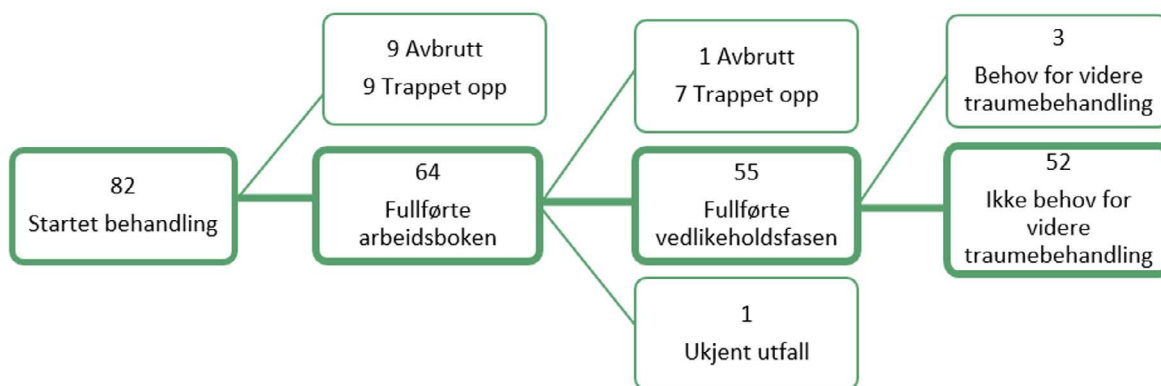
Da vi spurte foreldrene om hvorvidt barna hadde vært i kontakt med andre hjelpeinstanser de siste 2 månedene før behandlingsstart, svarte 2 av 5 at de ikke hadde det. Resten hadde vært i kontakt med én eller flere andre instanser. Dette var i hovedsak skolehelsetjenesten (1 av 4),

barnevernstjenesten (1 av 5), fastlege (over 1 av 10) eller pedagogisk-psykologisk tjeneste (1 av 10), mens bare et par familier har vært i kontakt med BUP, NAV, sykehus eller andre tjenester.

4.3 Utfall av behandlingen

Av de 82 familiene som deltok i studien, var det 64 (78 prosent) som gjennomførte den aktive behandlingen med arbeidsboken, 9 familier droppet ut (11 prosent), og 9 ble trappet opp underveis (11 prosent). Av de 64 som fullførte arbeidsboken, var det 55 (87 prosent) som oppfylte kriteriene for tilstrekkelig forbedring¹ og gikk videre til vedlikeholdsfasen, mens 7 (11 prosent) ble trappet opp og 1 avbrutt (1,2 prosent). For 1 familie har vi ikke data om utfall av behandlingen. Etter fullført vedlikeholdsfasen (T3) var det 52 (63 prosent av hele utvalget, 83 prosent av de som fullførte arbeidsboken med kjent utfall) som ikke hadde behov for videre traumefokusert behandling etter kriteriene. Av de 3 som fortsatt hadde behov etter kriteriene, ble 1 trappet opp, mens 2 ikke ønsket videre behandling. Til sammen var det 17 barn som ble trappet opp til BUP i løpet av behandlingsforløpet.

Figur 7. Oversikt over behandlingsforløp for de deltagende barna (n=82)



Endringer i symptomer på posttraumatisk stress og daglig fungering

Barna rapporterte generelt om en stor nedgang i symptomer underveis i behandlingen. Etter at arbeidsboken var fullført (T2), var gjennomsnittlig skår godt under klinisk grense, og denne bedringen ble opprettholdt etter vedlikeholdsfasen (T3). Den samme utviklingen ser vi i foreldrerapporterte symptomer, og ved T2 og T3 er ikke forskjellen på barnas og foreldrenes rapporterte skårer lenger statistisk signifikant.

Når vi ser på symptomnivået til de 17 barna som ble trappet opp for videre behandling, ser vi at også dette ble betydelig redusert. I gjennomsnitt hadde disse barna en tilnærmet halvering av symptomene sine fra før behandlingen begynte, og det endret seg fra sannsynlig PTSD til moderate symptomer på PTSD.

¹ Se metoddelen for beskrivelse av kriteriene. Det var 6 saker som ikke ble trappet opp etter fullført arbeidsbok selv om de ifølge kriteriene skulle ha vært det. Her vurderte terapeutene av ulike grunner at familien fikk fortsette gjennom vedlikeholdsfasen for så å vurderes igjen. Dette dreide seg om barn som hadde stor bedring, og der familien ikke så hensikten med opptrapping til BUP. Av disse 6 hadde 4 tilstrekkelig bedring etter vedlikeholdsfasen, mens 2 hadde behov for videre traumefokusert behandling (1 ble trappet opp, 1 ønsket ikke videre behandlingstiltak).

Også kartleggingen av hvordan symptomene påvirket barnas daglige fungering, viste en betydelig positiv endring gjennom behandlingen. Ved oppstart skåret barna høyt på spørsmål om hvorvidt symptomene på PTS virket forstyrrende med hensyn til venner, skolearbeid, hvordan de hadde det familien, fritidsoppgaver og generelt hvor fornøyd de var med livet. Etter fullført behandling (T2 og T3) ser vi at barna har signifikant bedring i funksjon. Dette gjenspeiles i foreldrenes rapport av barnas funksjon.

Faktorer som potensielt kan påvirke utfall av behandlingen

Siden behandling med trinn 1 er et lavterskeltilbud som ikke nødvendigvis er tilstrekkelig for alle, er det viktig å utforske faktorer som kan være relevante for gjennomføring og utfall av denne behandlingen. For en foreldreledet behandling som delvis gjennomføres hjemme, er det spesielt interessant å se på forhold ved foreldrenes fungering samt hvorvidt det at volden har foregått i hjemmet, påvirker utfallet.

Foreldres utdanning og arbeidssituasjon

Vi ser at noen foreldrerelaterte faktorer ser ut til å være assosiert med om barn og forelder gjennomfører eller avbryter behandlingen, men de samme faktorene ser ikke ut til å henge sammen med om gjennomført behandling er assosiert med nedgang i PTSS og økt funksjon.

Andelen som fullførte arbeidsboken, var større blant foreldre med utdanning på universitetsnivå (93 prosent vs. 58 prosent, statistisk signifikant), men andelen barn som hadde god nok effekt etter fullført behandling, viste ikke forskjeller basert på foreldrenes utdanningsnivå (82 prosent vs. 85 prosent). Vi ser ingen forskjell i andel familier som fullfører, og barn som får god nok effekt basert på om foreldre er i arbeid eller ikke.

Foreldres egne vansker, stress og reaksjoner

I analyser som er gjort for å undersøke om det er noen sammenhenger mellom foreldrenes egne vansker (angst, depresjon, emosjonelle reaksjoner) og deres evne til å fullføre behandlingen, finner vi ingen statistisk signifikante sammenhenger. Det kan imidlertid se ut til at barn av foreldre som rapporterer om høyere grad av egne emosjonelle reaksjoner på det barnet har opplevd, oftere har barn som ikke har god nok effekt etter at arbeidsboken er fullført og blir trappet opp (statistisk signifikant).

Vold i hjemmet

Et kriterium for å motta behandlingen er at barna skal ha det trygt hjemme. I denne studien mottok litt over en fjerdedel (n=23) av barna behandling for vold de selv var utsatt for eller hadde vært vitne til i eget hjem. Da vi så nærmere på gjennomføring og utfall av behandlingen for disse barna sammenlignet med resten, ser vi at det er flere av familiene med vold i hjemmet som ikke gjennomførte arbeidsboken (30 prosent vs. 17 prosent), men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant. Det er også en noe større andel som ikke fikk god nok effekt av fullført arbeidsbok og ble trappet opp (75 prosent vs. 85 prosent), men heller ikke denne sammenhengen var statistisk signifikant.

4.4 Barn, foreldre og terapeuters opplevelse av Trinnvis TF-CBT

Barnas opplevelse av behandlingen

I intervjuene med de første 25 barna som hadde deltatt i behandlingen, kom det frem at de fleste var fornøyd med hjelpen de hadde fått. Dette gjaldt også de barna som hadde blitt trappet opp for videre hjelp. Barna beskrev at de syntes det var fint å få tid alene med omsorgsgiver, og de likte at de hadde blitt oppmuntret og hjulpet til å dele de vanskelige erfaringene. Flere beskrev det som en lettelse. Selv om det var krevende å snakke om skumle opplevelser igjen og igjen, så hjalp det til slutt. Et av barna sa: *«Ja, jeg trengte hjelp med å slutte å tenke så mye på det som hadde skjedd.»* Et annet barn fortalte: *«Nå har jeg det greit, men før var det liksom mer, det var mer skumlere.»*

De fleste barna som ble intervjuet, rapporterte at de likte avslapningsøvelsene i Trinnvis TF-CBT, men det varierte hvilke av øvelsene de foretrakk, og hvilke de ikke syntes fungerte. Man kan se det som en styrke ved metoden at det er en variasjon av avslapningsøvelser, slik at barn kan bruke det de liker og som fungerer best for dem.

Barna beskrev også endringer i funksjonsnivå. Dette fremkom særlig når det gjaldt tilstedeværelse og trivsel på skolen, og at de var bedre i stand til å gjøre skoleoppgaver. Et barn sa: *«Altså det har gått veldig mye bedre, jeg er ikke blitt like mye sint på skolen og sånt.»*

Et annet barn beskrev hvordan behandlingen hadde hjulpet hen til å være mer avslappet og konsentrert på skolen: *«Jeg synes det har vært veldig fint fordi det har hjulpet. Og det er slitsomt å gå rundt å tenke på så mange ting ... I fjor så var jeg veldig stresset og sånne ting. Og nå slapper jeg mer av på skolen og klarer å konsentrere meg bedre.»*

I tillegg til at barna opplevde å ha færre plager, er det flere som beskriver at de synes at de kan snakke bedre sammen med foreldrene, og at det er mindre krangling i familien. Et barn knyttet dette sammen og sa: *«Jeg har blitt veldig mye mindre sint, og vi krangler veldig mye mindre i familien nå.»*

Flere av barna fortalte at de hadde blitt bedre venner med foreldre og søsken etter behandlingen. Mange av barna uttrykte også at de opplevde større forståelse, og at de gjennom behandlingen hadde blitt bedre kjent med foreldrene. Her gjengir vi et av barna som opplevde å ha fått det bedre: *«Det har blitt bedre, og vi har liksom blitt litt kjent i de oppgavene og sånt.»* Videre sa barnet: *«Og nå har vi liksom mer tid sammen»*, noe som kan tyde på at i tillegg til at barnet opplever at behandlingen har hjulpet, har den også ført til mer positivt samvær i familien.

Foreldrenes opplevelse av å bruke metoden

Nesten samtlige av de 15 intervjuede foreldre formidlet at behandlingen hadde hjulpet dem med å hjelpe barnet sitt, og at de opplevde at barnet hadde det bedre nå. De beskrev videre hvordan behandlingen hadde gitt dem en opplevelse av agens til å hjelpe barnet – fra å være rådville i møte med barnets vansker opplevde de nå å ha kommet i posisjon til å hjelpe.

Nesten alle foreldrene opplevde at den aktive rollen i behandlingen hadde hjulpet dem å forstå barnet bedre. Selv om de kjente til traumet før behandling, hadde de færreste skjönt hvilken innvirkning traumet hadde hatt på barnet. Forståelsen gjorde dem bedre i stand til å hjelpe barnet ved å møte det på andre og mer tilpassede måter. Mange foreldre beskrev hvordan den nye forståelsen også styrket relasjonen mellom dem og barnet. En mamma beskrev: *«Jeg har fått en bedre relasjon til gutten min, og jeg har blitt kjent med hva som er utfordringene i hverdagen hans.»*

Selv om behandlingen er over, så har vi integrert litt av det vi har lært i hverdagen, hva som hjelper når ting blir vanskelig ... jeg skjønner situasjonen bedre.»

En annen mamma sa: *«Hvis terapeuten hadde gjort alt, og jeg ikke hadde vært til stede, ville jeg ikke fått innsikt i hvor traumatisk opplevelsen har vært for sønnen min. Da han fortalte meg om traumene på hjemmemøtene våre, kunne jeg høre og se uttrykkene hans, og det ga meg et innblikk jeg ikke hadde før. Og jo tryggere han følte seg, jo mer fortalte han meg. Da ble det klarere for meg, og så kunne jeg møte ham på nye måter.»*

Videre fortalte foreldrene at behandlingen også bidro til at de fikk en bedre forståelse av sine egne vansker. Om lag 80 prosent av foreldrene i dette utvalget hadde selv opplevd traumatiserende hendelser, og det var varierende i hvor stor grad de hadde bearbeidet disse. For mange var det nyttig å bli mer bevisst på både hvordan barnets traume og deres egne opplevelser hadde påvirket måten de møtte barnets vansker på. En uttrykte det slik: *«En ting er hennes reaksjoner, men mine reaksjoner på at hun er sint akkurat som faren, er også viktige. Det trigger noe i meg som gjør det vanskelig for meg, det er ikke nødvendigvis hennes feil, eller dynamikken mellom oss [...]. Jeg fant ut at jeg også blir veldig trigget av min dårlige samvittighet og fortvilelse over faren som gjorde dette mot henne.»*

Mange trakk også frem at arbeidsboken var et veldig nyttig verktøy, og at de likte godt at den var så konkret i beskrivelsen av hva de skulle gjøre. Det ble oppsummert som at de nå hadde lært hva de skulle gjøre, når de skulle gjøre det, og hvorfor de ulike øvelsene var viktige. Som en av mødrene sa det: *«Før behandlingen kom jeg aldri i posisjon til å hjelpe ham. Det spilte ingen rolle hva jeg sa eller prøvde. Men da vi startet eksponeringen, begynte angsten og stresset i kroppen hans som pleide å bli for overveldende, å avta. Det var dette som gjorde det mulig å komme i relasjon til ham igjen.»*

De aller fleste beskrev samtidig at behandlingen hadde vært ganske krevende. Det var mye å sette seg inn i, gjennomføringen med barnet tok tid, og det å møte barnets følelsesmessige reaksjoner hadde vært utfordrende. Her oppga de fleste at støtten og den tette oppfølgingen fra terapeuten hadde vært veldig viktig, og at de hadde hatt stor nytte av telefonveiledningen ikke bare til konkret problemløsning, men også til emosjonell støtte. Flere fortalte at det at barna hadde tillit til terapeuten var viktig. En forelder sa: *«En del av meg var redd for å starte denne foreldreledede terapien, for jeg var redd for å bli dømt, eller at jeg ikke kunne fullføre [...], så det føltes veldig trygt å ha en terapeut jeg kunne snakke åpent med, som ga meg mye bekreftelse og støttende kommentarer, slik at jeg visste at jeg gjorde ting riktig. For jeg følte meg veldig usikker.»*

Terapeutenes erfaringer med metoden

De tolv terapeutene som ble intervjuet om sine erfaringer med metoden, formidlet at de hadde hatt både glede og nytte av å bruke den. De opplevde at den strukturerte formen til den foreldreledede metoden var appellerende, og uttrykte at det føltes godt å kunne tilby en konkret, systematisk behandling til traumeutsatte barn. En terapeut sa: *«For meg har det åpnet seg en ny verden på et vis, jeg har ikke hatt de redskapene tidligere.»* Den tette oppfølgingen av foreldrene og barna gjennom de jevnlig møtene og telefonsamtalene gjorde at de opplevde å ha oversikt og kontroll, selv om det var foreldrene som ledet behandlingen. Terapeutene påpekte også at oppfølging på telefon kunne fungere som en påminner til foreldre om å opprettholde progresjon i hjemmemøtene med barnet. Flere av terapeutene opplevde det som givende at en sentral del av behandlingen handler om å styrke relasjonen mellom foreldre og barn, og at det var inspirerende å se hva foreldrene fikk til med barna sine. Som en av terapeutene sa: *«Disse møtene de har hatt,*

sammen-tiden og samtalene hos meg, har hatt positiv effekt på kontakt og samspill mellom barn og foreldre, og på åpenheten, at de kan snakke om det som har skjedd, innenfor trygge rammer. Der har jeg fått positive tilbakemeldinger fra alle. Både barn og foreldre har kommet med uttalelser om det.»

Flere av terapeutene fortalte om hvordan de støttet og veiledet foreldrene underveis i behandlingen, og at det å bygge en god relasjon til forelderen som ledet behandlingen, var avgjørende for å få til en god behandling hjemme. En av terapeutene fortalte: «*Selv om det er foreldredrevet, er det klart at vi som terapeuter har en viktig rolle i forhold til både å trygge foreldrene, bygge en relasjon til dem, som man alltid gjør i terapिसammenheng. Det å gi informasjon utover det de kan lese seg til selv ... Jeg tenker at det er en stor forskjell på å gi dem en manual og 'vær så god!' og det å være der som en veileder og en støtte. Den rollen er viktig.»*

Videre vektla terapeutene at det også var viktig å bygge en god relasjon til barnet i tillegg til forelderen, og at en god relasjon til barnet er avgjørende selv om det er få møter mellom barn og terapeut: «*Både foreldre og barn må oppleve at terapeuten er noen de kan stole på, og som skal løse dem gjennom. Det er kjempeviktig. Foreldrene har gitt meg tilbakemelding på at barna har tillit til meg [...], de har i alle fall sagt det. At barna både gleder seg litt til å komme, er opptatt av å vise meg permen og har tillit.»*

Samlet beskrev terapeutene at selv om metoden er manualbasert og strukturert, har de tatt i bruk mye av sin tidligere kliniske erfaring for å skape en god relasjon til familiene og for å tilpasse metoden til de enkeltes behov.

4.5 Overgangen fra trinn 1 til trinn 2

I den norske versjonen av Trinnvis TF-CBT innebar en opptrapping fra trinn 1 til trinn 2 at barna måtte bytte terapeut og behandlingsnivå. Det var derfor viktig å få kunnskap om hvordan denne overgangen hadde fungert, for både familiene og terapeutene i BUP. Totalt 17 barn ble trappet opp fra trinn 1 i kommunehelsetjenesten til videre behandling i BUP. Av disse ble 9 trappet opp før de hadde jobbet seg gjennom de aktive behandlingskomponentene i Trinnvis TF-CBT, og 8 ble trappet opp etter dette, hvorav én av disse etter vedlikeholdsfasen.

Erfaringene til barna og foreldrene som ble trappet opp

En potensiell ulempe med opptrappingen fra trinn 1 til trinn 2 var at dette ville medføre ventetid og brudd i terapiprosessen for barna. For de barna det foreligger informasjon om angående ventetid fra henvisning til oppstart på BUP (n=6), var ventetiden stort sett 2–2 ½ måned. Ett barn ventet kun én måned, mens et annet barn ventet nesten seks måneder, sistnevnte på grunn av sykdom hos behandler og senere hos barnet. Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge gir en veiledende frist på 8 uker for start på utredning av traumer. For et av barna og familien fremsto 8 uker som altfor lenge med den grad av vansker de sto i. De andre barna og foreldrene ga uttrykk for at ventetiden gikk greit. Et av barna uttalte at «*noen ganger hadde jeg litt lyst til å snakke med noen, men andre ganger gikk det bra. [...] Da snakket jeg med mamma.»*

En forelder sa om overføringsprosessen: «*Jeg synes egentlig det har gått veldig fint, fordi at de virker som om de har sett på den jobben som har vært gjort hos dere [Trinnvis TF-CBT i kommunen].»*

En annen forelder sa om kombinasjonen av trinn 1 og trinn 2: «Vi føler både Trinnvis og BUP har bidratt til at hun klarer å legge dette bak seg. [...] Jeg følte at det hang sammen. Det også bidro til hun har kommet så langt som hun har gjort i dag.»

En forelder syntes at Trinnvis TF-CBT var godt strukturert, men opplevde at strukturen falt bort idet opptrapping til BUP ble bestemt, og at det var uheldig. Forelderen foreslo å ha en avslutning som er strukturert også i de tilfellene hvor man trapper opp underveis.

Erfaringene til terapeutene i BUP

BUP-terapeutene som overtok arbeidet med familiene, beskriver i intervjuer at årsaken til opptrappingen ofte var kontekstuelle forhold som gjorde det vanskelig for omsorgsgiver å gjennomføre Trinnvis TF-CBT. Dette var enten fordi omsorgsgiver hadde egne utfordringer som gjorde det vanskelig å lede barnets Trinnvis TF-CBT-behandling, eller at en person som var årsak til traumat, fortsatt var nærværende i barnets liv. Terapeutene beskrev at de utfordringene som gjorde det vanskelig for omsorgsgiverne å følge opp den foreldreledede behandlingen, for noen også gjorde seg gjeldende i behandlingsforløpet på BUP.

Kun ett av barna i utvalget ble møtt av en terapeut på BUP som ikke hadde spesifikk traumeutdanning i form av TF-CBT eller EMDR. Allikevel var det bare halvparten av barna som fikk tilbud om TF-CBT-behandling i BUP. Dette skyldtes som oftest at barna hadde andre symptomer enn traumereaksjoner som det var behov for utredning av eller behandling for. For andre familier var det behov for hjelpetiltak fra barneverntjenesten før barnet klarte å følge eller nyttiggjøre seg behandling på BUP.

Alle de intervjuede BUP-terapeutene hadde tillit til Trinnvis TF-CBT som metode. De opplevde at henvisningene fra kommunehelsetjenestene var gode, men tilnærmet alle ønsket seg et tettere samarbeid med terapeuten i kommunen for å kunne lage bedre skreddersøm for barnet i overgangen mellom de to tjenestene. At Trinnvis TF-CBT og TF-CBT har noe overlapp, gjorde noen av terapeutene usikre på om de skulle begynne fra starten med TF-CBT-behandlingen eller ikke. Flere ønsket seg i den forbindelse informasjon om hvilke konkrete øvelser barnet hadde jobbet med i Trinnvis TF-CBT, for å tilpasse TF-CBT-forløpet deretter. De ønsket seg også mer kunnskap om innholdet i Trinnvis TF-CBT-behandlingen. Det var gode erfaringer de gangene terapeuten fra kommunen deltok i barnets oppstartsamtale på BUP.

BUP-terapeutene hadde flere innspill til hva som kan gjøres for å bedre samarbeidet mellom tjenestenivåene. De foreslo å gi TF-CBT-terapeuter større innblikk i hvordan det jobbes i Trinnvis TF-CBT, for at de lettere skal kunne fortsette der barnet slapp når behandlingen skal videreføres i BUP. Et konkret forslag for å få til dette var å gi en enkel introduksjon av Trinnvis TF-CBT som en del av opplæringen i TF-CBT. Det ble også foreslått å ha med en TF-CBT-terapeut når henvisninger fra Trinnvis TF-CBT skal vurderes for inntak på BUP, og at barnets terapeut fra kommunen deltar på oppstartsmøtet på BUP.

4.6 Trinnvis TF-CBT og kommunens målsettinger og rammer

I tillegg til terapeutene som hadde erfaring med metoden, ønsket vi å vite om lederne i kommunen opplevde at metoden passet inn i rammene og målsettingene til de kommunale tjenestene.

Flertallet av de 22 lederne som ble intervjuet, hadde vært med på å ta beslutningen om å teste ut metoden i sin tjeneste, og de formidlet samlet sett en positiv holdning til den. En av grunnene til dette var at de tidligere hadde manglet en systematikk i oppfølgingen av traumeutsatte barn i kommunen, og dette var noe de ønsket å endre på. Flere psykiske helseteam opplever at de får flere komplekse saker enn tidligere, noe som har skapt et stort behov for å sikre kompetanse og gode arbeidsmetoder over tid. Lederne fortalte at de håpet at et tilbud som Trinnvis TF-CBT ville kunne bidra til å synliggjøre traumeutsatte barn, og at tilbudet kunne gi positive ringvirkninger gjennom økt kompetanse til å oppdage disse barna og deres familier. Noen trakk også frem at de mente det ville bli enklere for behandlerne å spørre barna om erfaringer med vold og traumer nå som de også hadde mulighet til å tilby en behandling.

Et annet aspekt ved metoden som ble trukket frem, var fokuset på å styrke foreldrenes ressurser. Flere sa at den aktive rollen foreldrene hadde i behandlingen var avgjørende for at de ønsket å delta, da dette var i tråd med hvordan flere kommuner ønsker å jobbe. Utsagn fra to av lederne som ble intervjuet, illustrerer dette. Den første sa: *«[Metoden] passer bra både fordi det er snarlig handling, det har også et forebyggende preg ... for å forhindre mer utfordrende problemer senere ... og at du har empowerment-ideen, for å gjøre det mulig for folk å håndtere sine egne utfordringer ... som jeg synes er perfekt i tråd med det engasjementet vi ønsker i vår kommune.»* Den andre uttrykte: *«[Det som avgjorde at vi ville delta i prosjektet, er] at foreldre også kan hjelpe barna sine. Vi jobber som en forebyggende og helsefremmende tjeneste, så ... og et av hovedfokusene våre er også å styrke foreldrekompentansen slik at de kan veilede og hjelpe barna sine.»*

Terapeutenes nærmeste ledere oppga at det at Trinnvis TF-CBT er en korttidsintervensjon, gjør at den passer godt inn i rammene for behandling i tjenesten. De opplevde også at den trinnvise modellen kunne gi grobunn for økt tverrfaglighet og samarbeid i arbeidet med berørte barn. Utprøvingen var en mulighet for å definere roller og ansvar, særlig i et tomrom mellom de eksisterende kommunale tilbudene og BUP. En av lederne beskrev det slik: *«Så vi må ha noen kontaktpunkter opp mot BUP, ikke sant. Tross alt må det være kontakter her og der som kjenner hverandre godt og som også kan legge til rette for samarbeid eller andre typer fellesarbeid. Metodene [TF-CBT og Trinnvis TF-CBT], siden prinsippene er like, oppfordres vi til å samarbeide om noe spesifikt, og vi snakker det samme språket nå.»*

I de mindre folkerike kommunene der det særlig er en utfordring med store geografiske avstander, ble det trukket frem at Trinnvis TF-CBT passer spesielt godt inn. Som en av terapeutene sa: *«Det tar en time og tre kvarter å kjøre dit. Den er åtte mil unna, så det å redusere antallet møter, at det er foreldreledet og mye på telefon, tenker jeg egentlig bør passe veldig godt inn i vårt arbeid.»*

4.7 Tiltak som fremmer og barrierer som hemmer bruken av metoden

Opplæring og veiledning

Tilstrækkelig opplæring og veiledning spiller en viktig rolle når terapeuter skal ta i bruk en ny metode. Terapeutene som hadde fått erfaring med metoden, fortalte at de var fornøyd med innholdet i opplæringen. Noen sa imidlertid at overgangen fra teori til å bruke metoden i praksis var mer utfordrende enn ventet. Metoden er strukturert og krever en del forberedelse for at innholdet skal kunne tilpasses til den enkelte familie, samtidig som innholdet i manualen ble fulgt. Flere terapeuter foreslo å inkludere mer ferdighetstrening og flere demonstrasjonsvideoer som del av selve opplæringen.

Terapeutene trakk frem den ukentlige veiledningen med NKVTS og den månedlige veiledningen med metodens utvikler som svært viktig. Under veiledningene fikk de drøftet vanskelige situasjoner og spørsmål, og det ble dermed fin flyt i behandlingen. Som en terapeut sa: «*Når foreldrene blir fortvilet, setter du deg ned og veileder og problemløser med dem, men du kjenner på egen fortvilelse. Det er veldig godt med den veiledningen vi har hatt der vi har fått drøftet og løftet blikket.*»

Terapeutene formidlet også at de hadde utbytte av å høre de andre terapeutene i gruppen fortelle om sine saker, og at dette hadde overføringsverdi til deres eget arbeid. Terapeutene fra små kommuner der en av terapeutene hadde sluttet, savnet kollegial støtte og fellesskap i opplæringen.

Noen terapeuter hadde opplevd at foreldre avbrøt behandlingen fordi det ble for krevende å forholde seg til det skriftlige materialet i arbeidsboken. Flere av terapeutene påpekte behov for å forbedre terapeutmanualen og arbeidsboken språklig, samt gjøre noen flere tilpasninger til norske forhold.

Utfordring med rekruttering

Særlig i starten av prosjektet var det flere av terapeutene som hadde utfordringer med å rekruttere familier til studien. I samtaler med både terapeutene som hadde fått erfaring med metoden, og med dem som hadde sluttet, kommer det frem at forhold ved barnets vansker var en av de hyppigste årsakene til at barn ikke ble inkludert i studien. På den ene siden var det mange barn som hadde manglet ett av de fem symptomene som var satt som grense for deltakelse. På den andre siden var det slik at flere av barna de møtte, hadde komplekse vansker, og terapeutene var bekymret for at foreldrene ikke ville være i stand til å gjennomføre behandlingen. Ellers var barnets alder og manglende norskkunnskaper viktige årsaker til at barna ikke ble inkludert.

Det var imidlertid stor variasjon i hvor mange barn som ble rekruttert fra de ulike kommunene (fra 0 til 23), og flere terapeuter opplevde at det ble lettere å finne aktuelle familier etter at de hadde fått prøvd seg og hatt en positiv erfaring med metoden.

Manglende avdekking og samarbeid med øvrige tjenester

Det ble også rapportert at det var kontekstuelle forhold som gjorde det vanskelig å rekruttere familier. I intervjuer med både terapeuter som sluttet, og med dem som har hatt erfaring med metoden, trekker flere frem manglende samarbeid med øvrige tjenester som skolehelsetjenesten, barneverntjenesten mfl. som en årsak til rekrutteringsvanskene. De pekte også på at det i mange tilfeller ikke ble avdekket at barnet var utsatt for traumer fordi dette ikke ble kartlagt, og fordi det ikke var tilstrækkelig kompetanse til å avdekke traumer i samarbeidende tjenester. I en del

kommuner var det også slik at tilbudet var lite kjent, og at både fastleger og barneverntjenesten henviste traumatiserte barn direkte til BUP og ikke til kommunen. Dette bedret seg, og rekrutteringen tiltok etter at terapeutene inviterte til en tettere dialog med helsesykepleiere, barnevern og skoler og ga informasjon om prosjektet.

En av terapeutene fra en tjeneste som hadde invitert til flere dialogmøter med samarbeidspartnere for å gjøre Trinnvis kjent, uttalte: «Jeg tror våre samarbeidspartnere kanskje også har blitt mer oppmerksomme på traumesaker og tar kontakt for å spørre: 'Kan man tenke traumer her, eller hva synes du?'»

Forskningsdelen

En del terapeuter trakk også frem forskningsdelen i prosjektet som en barriere for rekruttering. Det var spesielt kartleggingen de gjorde underveis i behandlingsløpet, som ble opplevd som tidkrevende og vanskelig å få til i en travel hverdag. Terapeutene uttrykte at terskelen for å bruke Trinnvis TF-CBT ville bli lavere når studien var over og det ikke lenger var så strenge kriterier for inkludering, fidelitet og datainnsamling.

Samtidig påpekte en del terapeuter at forskningen også hadde sine fordeler, og at noen barn følte seg motivert til å delta fordi de fikk vite at andre barn som har opplevd lignende ting, kan ha nytte av at de deler av sin erfaring og svarer på spørreskjemaer.

Terapeuter som sluttet

I intervjuene med terapeutene som sluttet, kom det frem at det var ulike grunner til at de trakk seg fra prosjektet. Oppsummert var det særlig tre temaer de trakk frem: kontekstuelle faktorer, individuelle faktorer og tidsbruk.

Kontekstuelle faktorer: Flere av terapeutene som trakk seg, oppga at kommunen samtidig var i gang med implementering av pakkeforløp, og at dette krevde stor omstilling og mye ressurser. De fortalte også om andre pågående ressurskrevende prosjekter som skulle implementeres. Andre fortalte at de opplevde manglende lederstøtte, og at prosjektet ikke var tilstrekkelig forankret hos ledelsen. Noen av terapeutene fra kommuner som var i prosess med sammenslåing, rapporterte manglende oversikt, uklare linjer og vansker med å benytte metoden som følge av uro og ustabilitet på arbeidsplassen. Flere oppga også at pandemien med nedstenging, lite tilfang av saker, hjemmekontor og uavklart situasjon skapte uro og usikkerhet og ble en årsak til at de trakk seg fra prosjektet.

Individuelle faktorer: Flere av terapeutene var i et spesialiseringsløp og byttet jobb underveis, noe som gjorde at deltakelsen i prosjektet ble naturlig avbrutt. Noen hadde også hatt lengre sykmeldingsperioder eller skulle ut i foreldrepermisjon og valgte derfor å tre ut av prosjektet på grunn av manglende mulighet for kontinuitet. Kun én terapeut oppga at metoden ikke var i tråd med egne teoretiske preferanser.

Tidsbruk: Flere av terapeutene som trakk seg, oppga at de opplevde selve opplæringen og innlæringen av nye ferdigheter knyttet til metoden som svært tidkrevende. Noen sa også at forskningsaspektet med innsamling av spørreskjemadata tok for mye tid. Flere fortalte at de verken fikk mulighet eller hjelp av leder til å sette av tid til å bruke metoden, men at de ble bedt om å prioritere ventelistene.

5 Diskusjon

Det er et stort behov for mer kunnskapsbaserte, fleksible og likeverdige tilbud i kommunale tjenester for barn og unge (Barneombudet, 2022; Riksrevisjonen, 2021). Det finnes ikke tall på hvor mange av barna som kommer til kommunale tjenester, som har behov for traumefokusert behandling, men studier fra spesialisthelsetjenesten viser at barn som er utsatt for traumer, utgjør en betydelig andel av pasientpopulasjonen i BUP (Skar et al., 2019). Basert på omfangsundersøkelser (Hafstad & Augusti, 2019) er det grunn til å anta at også andelen av barna som kommer til kommunale tjenester og har vært utsatt for traumer, er stor.

Hovedformålet med denne studien var å undersøke hvorvidt foreldreledet trinn 1 av Trinnvis TF-CBT kan være et godt lavterskeltilbud for barn og foreldre som har behov for hjelp etter traumer, og om metoden passer inn i rammene og målsettingene for kommunale tjenester i Norge. For å finne ut av dette kartla vi symptomutviklingen til 82 barn som hadde fått behandling, og intervjuet foreldre, barna og terapeuter om deres erfaringer med metoden. I tillegg intervjuet vi terapeutenes ledere for å få deres vurdering av om metoden passer inn i kommunale tjenester. For å forstå bedre hvordan tilpasningen til den norske konteksten hadde fungert, undersøkte vi hvordan familiene og terapeutene i BUP opplevde at overgangen fra førstelinje til andrelinje hadde vært. Til slutt ønsket vi å se på de samlede erfaringene av hvilke tiltak og barrierer som bidro til å fremme eller hemme bruken av metoden. Trinn 1 av Trinnvis TF-CBT ble prøvd ut i 11 ulike kommuner, og til sammen 19 terapeuter fikk erfaring med behandlingen.

5.1 Barn og foreldre fikk god hjelp av behandlingen

Reduksjon i symptomer på PTS

Oppsummert ser vi at både barna, foreldrene og terapeutene gir tilbakemelding om at barna fikk god hjelp, og at de hadde betydelig færre plager etter avsluttet behandling. Dette til tross for at barna som ble inkludert i studien, hadde vært utsatt for mange ulike traumatiserende hendelser og hadde et høyt symptomtrykk ved oppstart. I gjennomsnitt skåret barna over det som blir regnet som sannsynlig diagnose på PTSD.

Om lag tre av fire familier fullførte den foreldrelede behandlingen, mens 11 prosent avbrøt, og 11 prosent ble trappet opp til BUP underveis. Blant familiene som fullførte arbeidsboken, fant vi at 83 prosent av barna hadde så stor symptomreduksjon at de ikke hadde behov for mer traumefokusert behandling. Disse tallene er i tråd med det utvikleren av metoden har funnet i sine studier (Salloum et al., 2022), noe som indikerer at metoden har fungert godt også for deltakerne i Norge. Resultatene er også sammenlignbare med det vi har erfart gjennom implementeringen av TF-CBT i BUP i Norge: Blant barna som har mottatt ordinær, terapeutledet TF-CBT, er andelen som responderer på behandlingen, på 75,6 prosent, og terapeutrapportert drop-out er på 13,3 prosent (Skar et al., 2022). At responsraten og drop-out-raten i denne foreldrelede behandlingen er nokså ekvivalent med resultater fra terapeutledet behandling i BUP, anser vi som svært oppløftende. Med tanke på at traume-eksponering og symptomtrykk hos barna som deltok i denne studien, var på samme nivå som hos barn og ungdom som mottar TF-CBT i BUP, kan det se ut som at det er et stort potensial for å utvikle dette tilbudet i kommunene, der det kanskje er litt lavere terskel for å be om hjelp, og hvor tjenestene er lettere tilgjengelige. Det er viktig å nevne at Trinnvis TF-CBT skiller seg fra andre foreldreprogram ved at det er de komponentene

i traumebehandling man anser som mest virksomme, så som eksponering for traumepåminnere og endringer i dysfunksjonelle tanker, som er delegert fra terapeut til forelder. Det er videre verdt å bemerke at også de åtte barna som ikke responderte tilstrekkelig på trinn 1 og ble trappet opp til BUP for videre oppfølging, rapporterte om en betydelig endring i symptomnivå i løpet av den foreldreledede behandlingen. I gjennomsnitt hadde de hatt en halvering av sine symptomer på PTS fra før oppstart, noe som tyder på at barna hadde fått god hjelp selv om de trengte mer behandling. Det kan hende at flere av disse ikke ville ha trengt videre behandling i BUP om de hadde fått noen flere timer med terapeuten i kommunen.

Bedring i daglig fungering

I tillegg til reduksjon i symptomer på PTS rapporterte barna at de også fikk bedre fungering i dagliglivet, og at symptomene forstyrret dem i mindre grad enn før. Dette ser vi både ut fra de signifikante endringene i funksjonsskår og i de kvalitative intervjuene med barna og foreldrene. Dette er viktige resultater da sentrale utviklingsoppgaver for barna i denne alderen dreier seg om sosiale ferdigheter, læring, lek og vennskap. At barna kan delta på skolen og på andre sosiale arenaer, er en forutsetning for deres muligheter for læring og utvikling av sosial kompetanse. Det er derfor grunn til å anta at det at barna opplevde en bedring i funksjonsnivå, vil kunne bidra til å redusere risiko for skjevutvikling og samtidig legge til rette for naturlige utviklingsprosesser.

Bedre relasjon og styrket foreldrekompetanse

Fra de kvalitative intervjuene ser vi at både barna, foreldrene og terapeutene trekker frem at relasjonen mellom foreldre og barn har blitt betydelig bedre etter behandlingen. Foreldrene sier at de forstår både barnas og sine egne vansker bedre, og dette gjør det enklere å møte barna på en mer utviklingsstøttende og hensiktsmessig måte. Foreldrene forteller videre at det å få ansvaret for å gjøre de terapeutiske oppgavene med barnet sitt, har bidratt til at de har fått nye verktøy for å hjelpe ham/henne, og de opplever at de har fått et felles språk for det som er vanskelig. Dette er endringer som vil kunne gjøre foreldrene bedre rustet til å støtte barnet i den videre utviklingen, og som potensielt kan bidra til å forebygge andre vansker på et senere tidspunkt. Foreldrenes beskrivelser av å forstå barnet bedre gjenspeiler seg også i intervjuene med barna, som forteller at de opplever å bli forstått bedre. Vi ser også tendenser til dette i kartleggingsdataene der foreldrene rapporterte om signifikant lavere nivå på barnas PTS i forkant av behandlingen enn det barna gjorde selv, men etter behandlingen var det ingen forskjell i rapporterte symptomnivåer. Det at foreldre og barn er mer samstemt i vurderingen av barnets plager, kan i sin tur føre til nedgang i symptomtrykk. For eksempel viste en studie av barn som mottok TF-CBT, at det var en sammenheng mellom økt samsvar mellom foreldrenes og barnets opplevelser av barnets plager og nedgang i PTSS (Bambram et al., 2018). Flere studier er nødvendig for å forstå mer av disse funnene, men det er sannsynlig at en økt gjensidig forståelse fører til at foreldre og barn klarer å kommunisere bedre om barnets utfordringer og finne felles mestringsstrategier.

Hvem passer metoden til?

Vi fant få signifikante sammenhenger mellom egenskaper hos foreldrene og grad av fullførte terapiforløp eller sammenhenger med barnas utbytte av behandlingen. Dette er et veldig oppløftende funn som kan tyde på at metoden kan ha et større anvendelsesområde enn først forventet. Det er ikke urimelig å anta at det vil være vanskeligere for foreldre med egne psykologiske utfordringer å gjennomføre en slik eksponeringsterapi med barnet sitt. Basert på våre data var det imidlertid ikke forskjell på egne psykiske plager eller traumeerfaringer hos de foreldrene som avbrøt behandlingen eller som hadde barn som ble trappet opp, og de som klarte å fullføre arbeidsboken. Vi fant heller ikke signifikante forskjeller i behandlingsforløpet til barn som har opplevd vold i familien, og barn som har opplevd andre hendelser. Dette var litt uventet,

siden vi forventet at foreldre som hadde opplevd et felles traume med sitt barn (vold fra barnets andre forelder), ville kunne få aktivert egne traumesymptomer i eksponeringsarbeidet.

Det ser imidlertid ut til å være en sammenheng mellom foreldres utdanningsnivå og hvorvidt de klarer å fullføre arbeidsboken, mens utdanning ikke har sammenheng med resultatet av behandlingen (respons). Dette betyr at det bør rettes en innsats mot å hjelpe foreldre med å fullføre behandlingen, og i fremtidige studier bør man undersøke hva det er ved metoden som gjør den mindre tilgjengelig for foreldre med lavere utdanning. Det kan tenkes at frafall kan reduseres dersom arbeidsboken gjøres enda lettere å anvende uavhengig av utdanningsnivå.

Resultatene viser videre at det er en liten sammenheng mellom foreldrenes emosjonelle reaksjoner på barnets traumer og hvorvidt barnet trengte videre oppfølging etter trinn 1 eller ikke. Fra tidligere studier vet vi at foreldre med traumatiserte barn rapporterer om høye nivåer av stress og skyldfølelse for at barnet deres ikke har det bra. Særlig foreldre til barn som har erfart vold i nære relasjoner, rapporterer om mye skyldfølelse og også skam (Holt et al., 2014). Siden en stor andel i utvalget vårt hadde opplevd vold i nære relasjoner, er det ikke uventet at mange rapporterte om høye nivåer av emosjonelle reaksjoner. Dette understreker betydningen av intervensjoner som styrker foreldrekompentanse og reduserer opplevelse av avmakt og skyld. Terapeuter som administrerer en foreldreledet behandling, bør være ekstra oppmerksomme på foreldres emosjonelle reaksjoner og adressere disse tidlig i forløpet for å forebygge frafall og sikre bedre utfall av behandlingen.

Disse foreldrefaktorene er nok sammensatt, og det er viktig å understreke at det vi ser av mulige sammenhenger, kan være påvirket av andre faktorer som vi ikke har målt eller kontrollert for i denne studien. Det er også vanskelig å trekke endelige konklusjoner fra sammenhenger som ikke er signifikante (nullfunn), så det er behov for videre studier for å få mer kunnskap om hvilke barn og foreldre som ser ut til å ha størst nytte av behandlingen.

5.2 Behandlingsmetoden passer godt inn i en norsk kontekst

Metoden er i tråd med kommunens rammer og mål

Oppsummert viser resultatene av studien at det foreldreledede trinn 1 passer godt inn i kommunale tjenester for barn og unge. I intervjuer med kommunale ledere trekkes det frem at det å kunne tilby en behandlingsmetode som bidrar til å styrke foreldrene, er helt i tråd med deres fokus i tjenestetilbudet, der de har som mål å jobbe gjennom foreldrene for å hjelpe barna. At det er en korttidsintervensjon, gjør at metoden passer godt inn i rammene til behandlerne, som ofte har et begrenset antall timer de kan tilby barn og familier. I intervjuer med terapeutene og deres nærmeste ledere trekkes det også frem at opplæringen har bidratt til større oppmerksomhet på avdekking av traumatiske erfaringer hos barn generelt, og at de nå er i stand til å tilby behandling til en gruppe med barn som de tidligere ikke hadde noe konkret tilbud til. Det at kommunene har et behandlingstilbud til traumatiserte barn, kan også i fremtiden bidra til større bevissthet og trygghet blant dem som arbeider med barn med tanke på å spørre om utsatthet og traumesymptomer, siden de har et sted å henvise dem til for oppfølging og hjelp.

Metoden er godt likt

Et viktig spørsmål for å vurdere om en metode passer inn i en ny kontekst, er å se på om brukerne (foreldre, barn og terapeuter) liker og har tiltro til metoden. I denne studien så vi at de aller fleste (91 prosent) av barna og foreldrene som fikk tilbud om å delta i studien og gjennomføre den

foreldreledede behandlingen, takket ja til dette. Dette tyder på at metoden har god appell blant foreldre og barn som henvender seg til kommunale tjenester for barn og unge. Basert på de kvalitative intervjuene finner vi i tråd med resultatene til Salloums gruppe (Muster et al., 2022; Salloum, Swaidan, et al., 2016) at barna og foreldrene i vår studie liker den foreldreledede behandlingen godt. De legger vekt på at metoden er både konkret og enkel å forholde seg til, og de opplever å ha fått god hjelp. En barriere mot å ta imot hjelp som ofte nevnes av foreldre, er skyldfølelse for å ikke klare å håndtere barnet sitt, og at de gjerne vil mestre ting selv. At foreldre er så positive til metoden, og spesielt nevner at de fikk styrket sin agens som foreldre, kan bety at en implementering av denne metoden i kommuner har potensial til å bryte ned behandlingsbarrierer.

Dette er den første studien som også inkluderer terapeutenes perspektiv på bruk av metoden. I likhet med foreldrene beskriver terapeutene at de opplever at de har fått et nytt verktøy som er svært nyttig for å kunne hjelpe barna. Terapeutene uttrykte at det var godt å kunne tilby en konkret, systematisk behandling til traumeutsatte barn. De fortalte at de opplevde å være tett på foreldrene gjennom de jevnlige møtene og telefonsamtalene, og at de på denne måten opprettholdt oversikt og kontroll selv om foreldrene ledet behandlingen. Dette peker på at terapeuter bidrar med viktig støtte og veiledning til endringsarbeidet selv om det er foreldrene som leder selve behandlingen. Foreldreledet behandling hvor ansvaret for noen av de terapeutiske oppgavene flyttes fra terapeut til foreldre, vil kunne være med på å frigi terapeutressurser slik at flere kan få hjelp.

Den norske tilpasningen: Overgangen fra første- til andrelinje

En tilpasning vi gjorde i denne studien, var å legge trinnene i Trinnvis TF-CBT på ulike nivåer i behandlingsskjeden. I USA er det den samme terapeuten som tilbyr begge behandlingstrinnene, og familier som trappes opp til terapeutledet TF-CBT, trenger verken å skifte behandler eller å ha et brudd i terapiprosessen. Det var derfor viktig å få informasjon om hvordan overgangen fungerte for de barna som ble trappet opp til videre traumefokusert behandling for å kunne vurdere om det var store ulemper med en slik oppdeling.

Basert på intervjuene med de familiene og terapeutene vi fikk snakket med, fant vi at de fleste av barna som ble trappet opp, måtte vente i cirka 2 måneder før de fikk hjelp fra BUP. Dette er i tråd med gjeldende prioriteringsveiledere, og som forventet da vi startet prosjektet i 2018. Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge, som ble innført i 2019, innebærer at BUP ikke går direkte i gang med behandling, men som hovedregel skal gjennomføre en basisutredning som tar opptil 6 uker før de gjør en helhetlig vurdering og treffer en beslutning om videre tiltak (Helsedirektoratet, 2018). En utredning før oppstart av trinn 2 vil være hensiktsmessig og til god nytte for de av barna som har andre vansker i tillegg til posttraumatiske plager. Samtidig kan en utredningsperiode føre til unødig utsettelse av traumebehandlingen for de barna som primært har behov for hjelp for sine traumerelaterte vansker.

I våre intervjuer med foreldrene beskriver de at de stort sett var fornøyd med overgangen, men noen syntes det ble for lenge å vente, og én etterlyste en litt bedre struktur og forutsigbarhet i overgangen. Terapeutene i BUP beskrev at samarbeidet med kommunen om de aktuelle familiene stort sett hadde vært godt, men at det også er rom for forbedringer. Dette gjenspeiler seg i intervjuer med terapeutene og lederne i kommunen, som trekker frem at samarbeidet mellom tjenestenivåene av og til kan være utfordrende, og at de ønsker å endre på dette. I den forbindelse blir Trinnvis TF-CBT trukket frem som en modell som kan bidra til å forenkle samarbeidet. Dette både fordi symptomkriteriene for hvilke barn som har behov for å trappes opp, er så tydelig og kan

bidra til en ansvarsfordeling mellom nivåene, og at behandlingen bygger på de samme prinsippene som TF-CBT, noe som gjør at terapeutene har et felles begrepsapparat.

I samtaler med terapeutene i kommunen ble det drøftet to ulike alternative modeller for Trinnvis TF-CBT: enten at både trinn 1 og trinn 2 blir tilbudt i kommunale tjenester, eller at begge trinnene tilbys i BUP. Tilbakemeldingene vi har fått, er at kommunale tjenester ikke har rammer til å tilby begge trinn, og at selv om terapeutene personlig kunne tenke seg å få opplæring i terapeutledet TF-CBT, vil det ikke passe inn i tjenesten. Det andre alternativet kunne være å legge begge trinnene til spesialisthelsetjenesten. Dette er i tråd med modellen slik den blir brukt i USA. At det jobbes gjennom foreldrene, vil kunne frigi deler av BUP-terapeutenes ressurser sammenliknet med å gi ordinær, terapeutledet TF-CBT. Ulempen med en slik løsning er at man mister muligheten til å tilby hjelp på et tidlig tidspunkt, og at det ikke er i tråd med politiske føringer om at mer av ansvaret for behandlingen skal ligge på kommunalt nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I det videre arbeidet foreslås det å videreføre modellen slik den er testet ut i dag, og at man samtidig vektlegger tiltak som kan bidra til å gjøre overgangen mellom kommune og BUP enklere for de familiene som har behov for mer hjelp.

5.3 Identifiserte barrierer for å ta metoden i bruk

For flere av terapeutene tok det tid før de fikk rekruttert familier til studien. Samtidig så vi ut ifra kartleggingene av barnas forløp at det for nesten halvparten av dem hadde gått mer enn ett år fra traumet hadde skjedd, til de fikk behandling med Trinnvis TF-CBT. Vi fant også at så mange som 1 av 5 barn hadde gått i mer enn ett år før de hadde fortalt om traumet til en voksen. Flertallet av barna (60 prosent) ble fulgt opp av andre tjenester i kommunen. Det kan være at de barna som hadde vært utsatt for traumet for mer enn ett år siden, er de samme som mottok annen hjelp i mellomtiden. Vi vet ikke om tjenestene hadde forstått at barnet hadde behov for traumefokusert behandling, men samlet kan det se ut til at det er et gap mellom barna som har behov for traumefokuserte metoder, og de barna som blir identifisert med traumer. Det er grunn til å anta at økt kunnskap hos øvrige tjenesteinstanser om avdekking av traumer i kombinasjon med kommunenes tilbud om Trinnvis TF-CBT kan føre til at flere traumatiserte barn bli identifisert og får tidligere hjelp.

I løpet av prosjektperioden var det et relativt stort frafall av både kommuner og terapeuter. Av de 19 kommunene og 46 terapeutene som opprinnelig ble inkludert, var det om lag halvparten som i praksis fikk gjennomført Trinnvis TF-CBT-behandling. Frafall av terapeuter og klinikker er en velkjent utfordring i implementeringslitteraturen, og våre resultater er i tråd med andre studier som fastslår at opptil 50 prosent av terapeutene som mottar opplæring i en ny metode, slutter i løpet av prosjektperioden (Beidas et al., 2016). Oppsummert ser vi at terapeutene som sluttet, beskriver at frafallet ofte skyldtes kontekstuelle forhold så som omorganiseringer i kommunen, andre pågående og ressurskrevende prosjekter og ytre omstendigheter som pandemien. Dette er forhold man må forvente vil gjøre seg gjeldende i større eller mindre grad, og det er viktig å ta høyde for det når nye metoder skal evalueres og implementeres i klinikk. Det finnes imidlertid enkelte tiltak som kan bidra til å redusere effekten av barrierene. I studien vår var terapeutene opptatt av at veiledningen de fikk underveis, var til stor hjelp og bidro til at de klarte å bruke metoden på en god måte. I prosjektet ble alle timene tatt opp på bånd og lyttet til av veiledere ved NKVTS, og dette dannet utgangspunktet for veiledningen. Dette er en veiledningsmodell som også har blitt brukt i implementeringen av TF-CBT, og i testing av ulike opplæringsmodeller ser vi at god

time-for-time-basert veiledning er assosiert med mindre drop-out og bedre respons hos barna (Skar et al., 2022).

En del terapeuter sluttet også i prosjektet på grunn av individuelle forhold som jobbskifte og sykefravær. Vi vet ikke i hvor stor grad dette kan tilskrives forhold ved arbeidsplassen deres, men det er velkjent at mange terapeuter jobber under stort arbeidspress, og at det kan være krevende å jobbe tett med mange barn som har det vanskelig. Dette er forhold som kan motivere ansatte til å skifte jobb og øke risikoen for utbrenthet og andre vansker. Studier har imidlertid vist at det å gi terapeuter opplæring i kunnskapsbaserte behandlingsmetoder som gir god hjelp til traumeutsatte barn, kan bidra både til å øke arbeidsrelatert livskvalitet og til å redusere ønske om å skifte jobb (Aminihajibashi et al., (in press)).

Til sist peker resultatene våre på fravær av lederstøtte som en årsak til at terapeuter sluttet eller ikke fikk tiden de trengte til å sette seg inn i metoden. God implementeringsledelse har vist seg å være veldig viktig når nye metoder skal tas i bruk (Aarons et al., 2014), og i våre egne implementeringsprosjekter ved NKVTS ser vi at en systematisk oppfølging av ledere bidrar til å bedre kvaliteten på implementeringen (Egeland et al., 2019) og kan redusere drop-out og non-response hos barna (Skar et al., 2022). Det er allikevel interessant å merke seg at selv om god lederstøtte er viktig, kan det ikke veie opp for nytten av tett oppfølging og veiledning av terapeutene (ibid.).

5.4 Styrker og svakheter ved studien

Det er en styrke med denne gjennomførbarhetsstudien at den har inkludert et relativt stort utvalg barn og foreldre. I tillegg er det en stor bredde i informantene, noe som gjør at vi får belyst studiens problemstillinger fra mange ulike perspektiver og ved hjelp av ulike metoder. Det er også en fordel at metoden er testet ut i ordinære tjenester i et variert utvalg av kommuner, noe som styrker generaliserbarheten til resultatene. Dette er samtidig en pilotstudie, og det har sine begrensinger for hvilke konklusjoner vi kan trekke fra resultatene. En svakhet ved denne studien er at vi ikke har noen kontrollgruppe. Det innebærer at vi ikke kan vite om den rapporterte nedgangen i symptomer skyldes behandlingen som ble gitt, eller om dette er et resultat av tiden i seg selv (Galatzer-Levy et al., 2018). Vi vet heller ikke om barna ville hatt en tilsvarende nedgang i symptomer dersom de hadde mottatt det ordinære tilbudet i kommunale tjenester. Utvalget av barn og foreldre i studien er relativt homogent, og vi vet ikke hvordan metoden fungerer for barn og foreldre med andre språk enn norsk. Innholdet i arbeidsboken er heller ikke tilpasset barn over 12 år, så det blir viktig å undersøke nærmere hva slags tilbud som vil være til nytte for de eldre barna.

6 Konklusjon og videre anbefalinger

Denne studien er den første som har testet den foreldreledede metoden Trinnvis TF-CBT utenfor USA, og resultatene viser at denne behandlingen både er gjennomførbar og passer godt inn i en norsk kontekst. Med den direkte involveringen av foreldrene i behandlingen viser både vår studie og tidligere studier at foreldrene får økt kompetanse til å hjelpe sitt eget barn, og studier fra USA viser at metoden også er kostnadseffektiv. På sikt fremstår dermed Trinnvis TF-CBT som en lovende metode som vil kunne komme mange barn og familier til gode dersom den implementeres i flere av landets kommuner. Det er samtidig en relativt ny og lite utprøvd metode, og per i dag er det bare gjennomført én effektstudie av god kvalitet av utviklerne av metoden, i USA. Trinnvis TF-CBT tilfredsstillende dermed kriteriene for tiltak med noe dokumentert effekt (evidensgrad 3) ifølge Ungsinns kriterier for klassifisering (ungsinn.no). Det mangler minst én effektstudie til, gjennomført i en vanlig klinisk setting og i et nordisk land, før metoden vil kunne klassifiseres som et tiltak med sterk dokumentert effekt (evidensgrad 5).

I tillegg til mer kunnskap om *metodens effekt*, og hvorvidt den bidrar til mer symptomlette og bedre helse sammenlignet med det tilbudet som vanligvis blir gitt i kommunale tjenester, er det viktig å få mer kunnskap om metodens *kost-nytte-verdi*. Selv om resultatene fra USA tyder på at metoden er halvparten så kostnadskrevenende som ordinær TF-CBT, kan ikke disse resultatene overføres direkte til en norsk kontekst. *Langtidseffekten* av metoden er også ukjent per i dag. Det vil være viktig å få mer kunnskap om det å hjelpe barn på et tidlig tidspunkt, samtidig som man styrker foreldrenes evne til å hjelpe sitt eget barn, noe som kan bidra til å forebygge vansker på lengre sikt.

Videre er det behov for mer kunnskap om *hvilke barn som har mest utbytte av den foreldreledede metoden*, og hvem som vil være bedre tjent med å gå direkte til terapeutledet behandling i BUP. Mer kunnskap om metodens *endringsprosesser* og hvorvidt behandlingen *har effekt på barnas sekundære vansker* utover PTSS, vil også være viktig for å kunne skreddersy behandlingen til det enkelte barn og familie.

6.1 Veien videre: Hybridstudie av effekt og implementering

For å få mer kunnskap om effekten av det foreldreledede trinn 1 av Trinnvis TF-CBT planlegger nå NKVTS å gjennomføre en ny studie. Dette vil skje i form av en hybridstudie, der metoden blir implementert i ulike kommuner samtidig som det inkluderes en kontrollgruppe for å kunne evaluere effekten. Studien har en randomisert kontrollert design (RCT), noe som innebærer at deltakerne vil bli tilfeldig allokert til å motta enten den foreldreledede behandlingen eller det ordinære tilbudet i kommunen (*usual care*). I denne sammenhengen vil ordinær behandling defineres som alle tiltak barnet og familien blir tilbudt, enten skolerettede tiltak, foreldreveiledning, individuelle samtaler med barnet eller videre henvisning til BUP.

Styrkeberegninger viser at det vil være nødvendig å rekruttere om lag 80 barn til hver behandlingsbetingelse, 160 barn til sammen. For å oppnå dette planlegger vi å inkludere mellom 20 og 30 kommuner i studien, og vi vil gjennomføre rekruttering og opplæring i to runder.

6.2 Tiltak for å håndtere barrierer

Flere tiltak vil bli gjennomført for å imøtekomme de utfordringene som ble beskrevet i resultatene. Dette innebærer at vi blant annet vil

- *sørge for god forankring hos ledelsen:* For å sikre at terapeutene får tilstrekkelig støtte fra sine ledere, tid til å fullføre opplæringen og til å prioritere arbeidet med familiene i prosjektet, vil vi forankre prosjektdeltakelse hos relevante ledere i kommunen. Vi vil også sørge for god forventningsavklaring, blant annet ved å gi konkret informasjon om hvor mye tid terapeutene kan forventes å måtte bruke på prosjektet. Det blir også viktig å avklare på forhånd hvorvidt kommunen har forpliktet seg til andre pågående eller fremtidige prosjekter som vil kunne være i konflikt med Trinnvis-studien, eller om det er andre organisatoriske endringer som kan tenkes å vanskeliggjøre prosjektdeltakelse.
- *avlaste terapeutene for store deler av forskningsoppgavene:* I neste fase vil personer som er ansatt i forskningsprosjektet, ha ansvar for screening og rekruttering av familier samt gjennomføring av de planlagte kartleggingene av barna og foreldrene gjennom prosjektperioden.
- *justere kravet til symptomer:* For å gjøre behandlingen tilgjengelig for flere barn vil vi justere kravet til symptomnivå for inklusjon. Vi ser at barna i utvalget har veldig høye symptomer, og terapeutene rapporterer at de har møtt mange barn som kunne passet inn, men som ikke oppfylte kravene til symptomer. Etter at prosjektet ble startet, har metodens utvikler, professor Alison Salloum, redusert symptomkriteriene i sin egen studie. I stedet for krav om å ha både ett symptom på gjenopplevelse og ett symptom på unngåelse, er det nå vurdert som tilstrekkelig at barnet har bare det ene eller det andre.
- *bedre tilpasning av materialet:* Flere av terapeutene har påpekt at materialet (terapeutmanualen og arbeidsboken *Sammen fremover*) noen steder har hatt et tungt og utilgjengelig språk. Dette er nå revidert, og det blir nytt materiell i videreføringen av prosjektet.
- *redusere overgangen fra teori til praksis:* Ferdighetstrening vil inkluderes som en del av opplæringen for å lette overgangen fra teori til klinisk praksis for terapeutene. Det vil i tillegg bli laget flere opplæringsvideoer som illustrerer bruken av metoden, og disse vil være tilgjengelige for terapeutene utover selve opplæringen.
- *øke kompetanse om traumer og avdekking hos samarbeidstjenestene:* Som et tiltak for å redusere tiden det tar før traumer blir avdekket og barna får hjelp, vil prosjektet gi opplæring i generell traumeforståelse til henvisere, så som skolehelsetjenesten og barnevernstjenesten i de aktuelle kommunene. Slik vil de bedre kunne avdekke traumer hos barn de møter, og dermed identifisere flere barn som kan ha nytte av behandlingen.
- *tiltak for å bedre samarbeidet mellom første- og andrelinje:* For å gjøre overgangen mellom trinn 1 og trinn 2 enklere for de barna som har behov for mer traumefokusert behandling, vil det være viktig å gi mer informasjon til TF-CBT-terapeutene om hva den foreldrelede behandlingen består av, og helt konkret hvilke ferdighets- og eksponeringsoppgaver barnet har gjennomført. Andre tiltak som at en TF-CBT-terapeut blir med på å vurdere inntaket når det kommer henvisninger til BUP fra Trinnvis TF-CBT, og å gi en enkel introduksjon av trinn 1 som en del av grunnopplæringen av TF-CBT, vil også vurderes.

6.3 Tidsplan

Arbeidet med rekruttering av nye kommuner er igangsatt i løpet av høsten 2022, og første runde med opplæring er planlagt å gjennomføres i første kvartal 2023. Det er estimert at rekruttering av familier vil ferdigstilles i løpet av 2025, og at innsamling av siste oppfølgingskartlegging (1,5 år etter avsluttet behandling) vil bli ferdig i løpet av 2027.

En nærmere beskrivelse av det videre arbeidet er presentert i *Prosjektskisse for utprøving av Trinnvis TF-CBT i kommunale tjenester, fase 2 (2022-2025)* som ble oversendt Helsedirektoratet 25.03.22.

Mer informasjon om studiens arbeid videre vil bli publisert på prosjektets hjemmeside: <https://www.nkvts.no/trinnvis-tf-cbt/>

Referanser

- Aarons, G. A., Ehrhart M.F. Farahnak, L. R., & Sklar, M. (2014). Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *The Annual Review of Public Health*.
- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335-340.
- Aminihajibashi, S., Skar, A. M. S., & Jensen, T. ((in press)). *Professional Wellbeing and Turnover Intention among Child Therapists: A Comparison between Therapists Trained and Untrained in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*. Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies.
- Bambrah, V., Mastorakos, T., Cordeiro, K. M., Thornback, K., & Muller, R. T. (2018). Parent-child discordance and child trauma symptomatology throughout therapy: correlates and treatment response. *Journal of family violence*, 33(4), 281-295.
- Barneombudet. (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*. Barneombudet. <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>
- Barneombudet. (2022). *Hvem skal jeg snakke med nå?* <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Hvem-skal-jeg-snakke-med-na.pdf>
- Beidas, R. S., Marcus, S., Wolk, C. B., Powell, B., Aarons, G. A., Evans, A. C., . . . Mandell, D. S. (2016). A Prospective Examination of Clinician and Supervisor Turnover Within the Context of Implementation of Evidence-Based Practices in a Publicly-Funded Mental Health System. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(5), 640-649. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0673-6>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 489-498.
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., . . . Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 452-457.
- Brown, E., Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2020). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: The Role of Caregivers. *Journal of Affective Disorders*, 277, 39-45.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., & Mannarino, A. P. (2018). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(1), 47-57. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208375>
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Children and Parents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(4), 158-162. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00502.x>
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989.
- 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, 536-545.
- Egeland, K. M., Hauge, M. I., Ruud, T., Ogden, T., & Heiervang, K. S. (2019). Significance of Leaders for Sustained Use of Evidence-Based Practices: A Qualitative Focus-Group Study with Mental Health Practitioners. *Community Mental Health Journal*(1573-2789 (Electronic)).
- Ekorndrud, T., Stølan, S. B. C., & Thonstad, M. (2021). *4 av 5 kommuner med psykolog i helse- og omsorg*. Statistisk Sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta/artikler/4-av-5-kommuner-med-psykolog-i-helse-og-omsorg>
- Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child maltreatment*, 6(4), 314-331.
- Flåm, A. M., & Haugstvedt, E. (2013). Test balloons? Small signs of big events: A qualitative study on circumstances facilitating adults' awareness of children's first signs of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 633-642.
- Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical psychology review*, 63, 41-55.
- Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., & Green, B. L. (1998). Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of traumatic stress*, 11(3), 521-542.
- Green, B. L., Chung, J. Y., Daroowalla, A., Kaltman, S., & DeBenedictis, C. (2006). Evaluating the Cultural Validity of the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Violence Against Women*, 12(12), 1191-1213.
- Hafstad, G. S., & Augusti, E.-M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten : en nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år (Rapport 4/2019)*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2009). *Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse-og omsorgsdepartementet Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Helse-og Omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. In (Vol. 47): Helse-og omsorgsdepartementet Oslo.
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge*. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Hem, C., Hussain, A., Wentzel-Larsen, T., & Heir, T. (2012). The Norwegian version of the PTSD Checklist (PCL): Construct validity in a community sample of 2004 tsunami survivors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 355-359.
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A., & Halligan, S. L. (2016). Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma - a meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 884-898. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12566>

- Holt, T., Cohen, J. A., & Mannarino, A. (2015). Factor structure of the Parent Emotional Reaction Questionnaire: analysis and validation. *European Journal of Psychotraumatology*, 6. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28733>
- 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 & Mental Health*, 8(11).
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child abuse & neglect*, 29(12), 1395-1413.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1996). Family-related variables and psychological symptom formation in sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5(1), 105-120.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (2007). Parent and child agreement for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *Journal of abnormal child psychology*, 35(2), 191-201.
- Muster, C. L., Salloum, A., Evans, S., & Storch, E. A. (2022). Parent-led therapist-assisted treatment for childhood trauma: Caregivers' and children's perceptions of trauma exposure activities and changes. *Traumatology*(Advance online publication).
- NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf>
- Ormhaug, S., Jensen, T., Sommer Hukkelberg, S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn-blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henviset til BUP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 234-240.
- Ose, S. O., & Kaspersen, S. L. (2021). *Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2021: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (8214067928). <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1977473/>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. (Dokument 3:13 (2020-2021)). Retrieved from <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Sachser, C., Berliner, L., Risch, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers, R., . . . Jensen, T. K. (2022). The child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2)—validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. *European journal of psychotraumatology*, 13(2).
- Salloum, A., Lu, Y., Chen, H., Salomon, K., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., . . . Storch, E. A. (2022). Child and parent secondary outcomes in stepped care versus standard care treatment for childhood trauma. *The Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.049>
- Salloum, A., Robst, J., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., Wang, W., Murphy, T. K., . . . Storch, E. A. (2014). Step one within stepped care trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children: A pilot study. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(1), 65-77.
- Salloum, A., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., & Storch, E. A. (2014). Development of stepped care trauma-focused cognitive-behavioral therapy for young children. *Cognitive and behavioral practice*, 21(1), 97-108.
- Salloum, A., Swaidan, V. R., Torres, A. C., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2016). Parents' Perception of Stepped Care and Standard Care Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Young Children. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 262-274. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0207-6>
- 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 and Family Studies*, 57(5), 614-622. <https://doi.org/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. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 52(8), 853-860. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x>
- Skar, A.-M. S., Braathu, N., Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2022). Predictors of nonresponse and drop-out among children and adolescents receiving TF-CBT: investigation of client-, therapist-, and implementation factors. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-13.
- Skar, A. M. S., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2019). Reported Levels of Upset in Youth After Routine Trauma Screening at Mental Health Clinics. 2(5).
- Skjærvø, I., Martinsen, M., Næss, A., Jensen, T. K., Fagermoen, E. M., Skagemo, C. U., . . . Nymo, R. C. (Preprint; 2022). Feasibility of a Parent-led Stepped Care Trauma-focused Cognitive Behavioural Therapy for Children: a Mixed Methods Pilot Trial Protocol. Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/is-1405_14898a.pdf
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113-118.
- Thoresen, S., & Øverlien, C. (2009). Trauma victim: Yes or no? Why it may be difficult to answer questions regarding violence, sexual abuse, and other traumatic events. *Violence against women*, 15(6), 699-719.
- Trickey, D., A.P., S., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32, 122-138. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
- Williamson, V., Creswell, C., Fearon, P., Hiller, R. M., Walker, J., & Halligan, S. L. (2017). The role of parenting behaviors in childhood post-traumatic stress disorder: A meta-analytic review. 53, 1-13.
- Williamson, V., Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Creswell, C., Dalgleish, T., Fearon, P., . . . Wright, I. (2018). The parent trauma response questionnaire (PTRQ): development and preliminary validation. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1478583.
- Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., . . . Hembree, E. A. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological assessment*, 28(11).

Appendiks 1:

Planlagte vitenskapelige publikasjoner fra studien

Forfattere	Tittel	Status
Skjærvø mfl.	Feasibility of a parent-led Stepped Care Traumafocused Cognitive Behavioural Therapy for Children: a mixed methods pilot trial protocol	Til vurdering hos <i>Pilot and Feasibility Studies</i>
Fagermoen mfl.	Parent-led stepped care trauma treatment: Parents' experiences with helping their child recover	Til vurdering hos <i>Journal of Child & Adolescent Trauma</i>
Næss mfl.	Treating trauma from a distance – The therapist's experience with parent-led CBT for children after trauma	Under utarbeiding
Haabrekke mfl.	A qualitative analysis of children's views on Stepping Together for Children after Trauma	Under utarbeiding
Ormhaug mfl.	Parent-led treatment for children after trauma: Predictors of outcome for children receiving Step 1 of Stepped Care CBT for Children after Trauma	Under utarbeiding
Fagermoen mfl.	Parental factors associated with completion and non-response of a parent-led Stepping together for children after trauma	Under utarbeiding
Fagermoen mfl.	Examining the relationships between parent functioning and child posttraumatic stress and functioning throughout the parent-led CBT for children after trauma	Under utarbeiding
Haabrekke mfl.	Fra traume til avdekking til hjelp: Tidlig identifisering og hjelp til barn som har opplevd traumer	Under utarbeiding
Skjærvø mfl.	Secondary outcomes of parent-led CBT for children after trauma	Planlagt
Næss mfl.	Treating children's trauma in community level services: the promise of stepped care models	Planlagt

Mange barn og unge har behov for hjelp etter traumatiserende opplevelser.

Spesialisthelsetjenesten (BUP) har gode behandlingsmetoder for traumatiserte barn, men mange må vente lenge før de får hjelp. Da kan vansker utvikle seg til å bli omfattende.

Foreldre spiller en viktig rolle for barnets tilpasning etter traumer, men mange foreldre føler seg hjelpeløse og usikre på hvordan de best kan hjelpe. Det er derfor behov for gode behandlingsmetoder som kan gi barna hjelp på et tidlig tidspunkt, og som kan bidra til å styrke foreldrenes evne til å hjelpe barna sine.

Dette notatet presenterer resultater fra utprøving en av en traumefokusert og trinnvis behandlingsmodell for barn fra 7 til 12 år, Trinnvis TF-CBT. Metoden består av to trinn:

Trinn 1 er en foreldreledet og terapeutstøttet korttidsbehandling som er delvis hjemmebasert, og som har blitt testet ut i kommunale tjenester for barn og unge. Trinn 2 består av terapeutledet TF-CBT i BUP og tilbys de barna som har behov for tettere oppfølging.

Samlet vurderes Trinnvis TF-CBT å være en lovende behandlingsmetode som passer godt inn i rammene og målsetningene til kommunale tjenester for barn og unge. Metoden kan bidra til at traumeutsatte barn får hjelp på et tidligere tidspunkt.

Barna rapporterte om stor nedgang i symptomer og om lag 80 prosent av barna som fullførte responderte på behandlingen. I intervjuer med barna, foreldrene og terapeutene forteller de at de liker godt å jobbe med metoden. Foreldrene beskriver at de har fått viktige verktøy til å hjelpe sine barn, og både barna, terapeutene og foreldrene forteller at relasjonen mellom foreldrene og barna har blitt bedre.



Rapporter kan lastes ned
fra www.nkvts.no

ISBN: 978-82-8122-171-0 (PDF)