



Femten år med forskning på og implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i Norge

Rapport

Marianne Skogbrott Birkeland, Camilla Blestad, Lene Beate Granly, Marie Lindebø Knutsen, Silje Mørup Ormhaug, Ane-Marthe Solheim Skar og Tine K. Jensen

Femten år med forskning på og implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i Norge

Marianne Skogbrott Birkeland, Camilla Blestad,
Lene Beate Granly, Marie Lindebø Knutsen, Silje Mørup Ormhaug,
Ane-Marthe Solheim Skar og Tine K. Jensen

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 978-82-8122-179-6 (Trykk)

ISBN 978-82-8122-180-2 (PDF)

ISSN 0809-9103

Forsidebilde: Shutterstock

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

Grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no



Innhold

Forord	5
<hr/>	
Sammendrag	8
<hr/>	
Summary	13
<hr/>	
1 Innledning	18
1.1 Bakgrunn for implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi	19
1.2 Traumeeksponering og posttraumatiske reaksjoner hos barn og unge i BUP	20
1.3 Hva er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)?	23
1.4 Denne rapporten	25
<hr/>	
2 Metode	26
2.1 En randomisert kontrollert studie (2008–2011)	26
2.2 Data samlet inn under implementeringsperiode 1 (2012–2017):	26
2.3 Data samlet inn under implementeringsperiode 2 (2018–2021):	27
2.4 Brukermedvirkning	28
2.5 Etikk og personvern	28
<hr/>	
3 Resultater	29
3.1 Bidrar TF-CBT til å redusere traumerelaterte plager, og er denne behandlingen kostnadseffektiv?	29
3.2 Hvordan opplever barn og foreldre å motta TF-CBT, og hvordan opplever terapeuter å bruke TF-CBT i BUP?	32

3.3	Hvilke terapeutiske prosesser kan bidra til å forklare effekten TF-CBT har?	37
3.4	Hvilke strategier ble brukt for å implementere TF-CBT, og har vi lyktes med å implementere TF-CBT?	53
<hr/>		
4	Styrker og begrensninger ved prosjektet	65
<hr/>		
5	Konklusjoner og implikasjoner	68
5.1	Konklusjoner	68
5.2	Anbefalinger for videre bruk av TF-CBT i praksisfeltet	69
5.3	Anbefalinger ved implementering av andre evidensbaserte behandlingsmetoder	73
5.4	Anbefalinger for videre forskning på TF-CBT i Norge og internasjonalt	78
5.5	Noen avsluttende ord	80
<hr/>		
6	Referanser	83
<hr/>		
	Appendiks 1	96
<hr/>		
	Appendiks 2	102
<hr/>		
	Appendiks 3	104

Forord

I 2006 fikk NKVTS et oppdrag fra Helsedirektoratet om å «bidra til utvikling av systematisk kunnskap om barn og unge som er utsatt for overgrep, og kunnskap om effektive tiltak og behandlingsmetoder» (Strategiplan mot fysiske og seksuelle overgrep mot barn 2005–2009; Tiltak 14). NKVTS gjennomførte derfor en norsk randomisert kontrollert studie for å teste effekten av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Resultatene fra denne studien viste at TF-CBT var mer effektiv for å redusere symptomer på posttraumatisk stress (PTSD) og depresjon samt øke fungering i dagliglivet, enn behandlingen som ellers ble gitt i vanlige poliklinikker i Norge. I 2012 fikk NKVTS derfor i oppdrag av Helsedirektoratet å implementere traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i flest mulig poliklinikker i barn og unges psykiske helsevern (BUP) over hele landet.

Målet med prosjektet er å etablere TF-CBT som et fast og integrert tilbud i landets BUP-er. Den overordnede ambisjonen er at samtlige barn og unge som sliter med symptomer på PTSD, skal få dokumentert effektiv behandling for sine vansker.

NKVTS har løst oppdraget ved å utvikle en implementeringsmodell med flere komponenter som til sammen kan sikre at implementeringen blir gjennomført på en systematisk måte. Dette gjør det mulig å opprettholde kompetansen i BUP over tid. Samtidig har NKVTS samlet inn data som har gitt grunnlag for å avklare mange av problemstillingene som har oppstått knyttet til behandling av PTSD og implementering av denne metoden. Hittil har vi forsket på TF-CBT i over 15 år, og implementert TF-CBT i over 10 år.

Implementeringen og forskningen er gjennomført ved NKVTS, og prosjektledere har vært Tine K. Jensen (2008–2014), Lene Granly (2015–2017), Ane-Marthe Solheim Skar (2018–2021), Marianne Skogbrott Birkeland (2021–2023) og Marie Lindebø Knutsen (2024–).

En lang rekke medarbeidere ved NKVTS har deltatt i forskningen på og implementeringen av traumefokusert kognitiv atferdsterapi.

Implementeringsteamet har gjennom disse årene bestått av: Camilla Blestad, Randi Hovden Borge, Nora Braathu, Else Merete Fagermoen, Lene Granly, Kirsti Sunde Hansen, Anna Harpviken, Live E.C. Hoaas, Gry Kristina Husebø, Sigrid Kjuus, Siri Kvam, Timur Kovacevic, Ragnhild Holm Løwgren, Gertrud Moen, Roxana Camilla Nymoen, Cecilie Ursin Skagemo, Shirley D. Stormyren, Lise Tveter, Tale Østensjø og Liv Toril Øverby. Disse har hatt ansvar for blant annet rekruttering av BUP-er, opplæring og veiledning av terapeuter i behandlingsmetoden samt opplæring av ledere i implementeringsledelse, og dessuten har de deltatt i prosjektutvikling. Tore Indregard har bistått med utvikling av digitalt monitoreringssystem for oppfølging av implementering og generell teknisk assistanse.

Gjennom prosjektet har vi også hatt et godt samarbeid med implementeringsteamet i Bergen, som har bestått av Kenneth Berge-Schøld, Linda Hjeltnes, Liv Astrid Husby og Kjersti Kvetangen. Disse har hatt ansvar for opplæring og veiledning av terapeuter i Bergensområdet. Klinikkdirktør Liv Kleve ved Klinikkk psykisk helsevern for barn og unge i Bergen har bidratt til at dette samarbeidet var mulig.

Forskningsgruppen har bestått av Tine K. Jensen, Ane-Marthe Solheim Skar, Marianne Skogbrott Birkeland, Samira Aminihajibashi, Karina Egeland, Kristin Glad, Tor Iversen, Tonje Holt, Silje Hukkelberg, Marie Lindebø Knutsen, Silje Mørup Ormhaug, Kristianne Stigsdatter Ovenstad og Eline Aas. I tillegg har disse hatt kortvarige engasjement: Karen Wallem Anundsen, Ingeborg Dittmann, Kristine Dragland, Astrid Dåstøl, Jostein Holmgren, Kari Lea, Miriam Natvig, Lene Nygård, Marie Berg Oppedal, Helene F. Raaheim, Anna Edit Ring, Marie Strømstad, Ingrid Sønstebo og Ingrid Aartun.

Forskningsgruppen har blant annet hatt ansvar for design av mange delstudier, valg av strategier for datainnsamling, utforming av spørreskjemaer og intervjuguider, rekruttering av deltakere, gjennomføring av analyser, skriving av artikler samt prosjektutvikling. Sammen med prosjektlederne har også flere av disse veiledet på doktorgradsarbeid samt hoved-/masteroppgavene som er skrevet med utgangspunkt i prosjektet. Tore Wentzel-Larsen har bidratt til analyser av data gjennom hele perioden. Prosjektet har resultert i 4 doktorgrader, 42 fagfelleverderte artikler og 24 hoved-/masteroppgaver i psykologi og samfunnsfag så langt.

Tusen takk til Helsedirektoratet for at de så behovet både for forskning og implementering og for at de har bidratt med stabil finansiering av implementering av TF-CBT gjennom alle disse årene. Dette er et eksempel til etterfølgelse. Tidligere direktør ved NKVTS Inger Elise Birkeland har hatt ansvar for økonomi og vært en viktig støttespiller for prosjektet og alle dets ansatte. Nåværende direktør Cecilie Daae har videreført dette. Deler av forskningsprosjektet har vært finansiert av Norges forskningsråd og Extrastiftelsen / Stiftelsen Dam gjennom Rådet for psykisk helse. Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo har bidratt gjennom Tine K. Jensens ansettelse, delfinansiering av to dobbeltkompetansesependiater, og gjennom utdanning av fire stipendiater.

Tusen takk til dere alle for deres engasjement, kunnskap og gjennomføringskraft. Det hadde ikke vært mulig å implementere TF-CBT og utvikle all den viktige kunnskapen uten den innsatsen hver og en av dere har lagt ned.

En spesiell takk går til våre internasjonale samarbeidspartnere Judy Cohen, Esther Deblinger, Tony Mannarino, Lucy Berliner, Laura Murray, Benjamin Saunders, Stephen Shirk, Cedric Sachser, Elisa Pfeiffer, Lasse Bartels, Lutz Goldbeck, Richard Meiser-Stedman, Poa Samuelberg, Gregory A. Aarons, Mark Erhart og Marisa Sklar.

Takk også til erfarne og kunnskapsrike kollegaer ved og utenfor NKVTS som har kommet med kritiske kommentarer og konstruktive innspill i utarbeidelsen av denne rapporten, inkludert Erling Rognli, John Kjøbli, Else Merete Kvalsvik Fagermoen og Karina Egeland.

Den største takken går imidlertid til alle barn og ungdom, foreldre og andre omsorgsgivere, terapeuter og BUP-ledere som på ulike måter har vært involvert i prosjektet. Mange tusen barn og familier har delt sine erfaringer med oss. Det har bidratt til at vi og BUP-ene har fått kunnskap til å kunne hjelpe enda flere traumeutsatte barn og unge.

9. januar 2024

Marianne Skogbrott Birkeland
prosjektleder (2021–2023)

Sammendrag

Bakgrunn

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har forsket på og implementert traumefokusert kognitiv atferdsterapi (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy; TF-CBT) for posttraumatisk stresslidelse (Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD) i barn og unges psykiske helsevern (BUP) i Norge siden 2008. Denne rapporten beskriver forskningsprosessen og den samlede kunnskapen som er frembrakt i løpet av disse 15 årene.

Metode

Vi har gjort en randomisert kontrollert studie, flere naturalistiske kvantitative kryss-seksjonelle og longitudinelle pre-poststudier, kvalitative studier og observasjonsstudier basert på lydopptak fra behandlingstimer. Vi har samlet inn data fra både barn, ungdommer, foreldre og andre omsorgsgivere, terapeuter og ledere i BUP. Totalt har minst 24 000 personer deltatt i en eller flere av våre datainnsamlinger gjennom disse årene. I tillegg er også oppsummeringer av implementeringsteamets erfaringer gjennom disse årene en viktig datakilde.

Resultater

Bidrar TF-CBT til å redusere traumerelaterte plager, og er denne behandlingen kostnadseffektiv?

- TF-CBT er effektiv for å redusere PTSD, kompleks PTSD (KPTSD), traumerelaterte tilleggsplager som depresjon, generalisert angst og generelle psykologiske vansker. Effekten vedvarer etter avsluttet behandling.
- TF-CBT bidrar til økt livsmestring og fungering i dagliglivet.
- TF-CBT er kostnadseffektivt sammenlignet med vanlig terapi ved BUP.
- Barn med høyere nivå av symptomer på PTSD, depresjon eller angst ser ut til å oppleve større bedring fra før til etter TF-CBT sammenlignet med barn med lavere nivåer av symptomer.

- Det er ikke funnet egenskaper hos barnet som øker sannsynligheten for en svakere effekt av TF-CBT.

Hvordan opplever barn og foreldre å motta TF-CBT, og hvordan opplever terapeuter å bruke TF-CBT i BUP?

- Barn blir ikke spesielt opprørte av å bli spurt om traumeerfaringer og symptomer på PTSD.
- Majoriteten av TF-CBT-terapeuter opplever lite ubehag ved å kartlegge for traumeerfaringer og symptomer på PTSD blant barn.
- Barn som mottar TF-CBT, kan grue seg til å gå i behandling, men dette går ofte over når de møter en terapeut som har empati og ekspertise på deres vansker.
- Barn opplever at det å snakke om selve traumet er vanskelig, men også det mest nyttige.
- Foreldre opplever behandlingen som nyttig.
- En god del terapeuter opplever utbrenthet og sekundærtraumatisering, men mange opplever også stor glede over jobben sin.
- TF-CBT-terapeuter opplever mindre utbrenthet og har i mindre grad intensjoner om å skifte jobb enn andre terapeuter i BUP.

Hvilke terapeutiske prosesser kan bidra til å forklare effekten TF-CBT har?

Allianse

- Når barnet opplever å ha en god allianse med terapeuten, henger dette sammen med bedre behandlingsutfall for barn som får TF-CBT.
- Foreldre og terapeuters vurdering av alliansen ser ikke ut til å ha like stor betydning for behandlingsresultatet som barnets vurdering av alliansen.
- Terapeuters vurdering av alliansen kan være viktig for å vurdere hvem det er risiko for at avslutter behandlingen for tidlig.
- For å oppnå et godt behandlingsresultat ser det ut til å være viktig at barna både har forstått rasjonale for arbeidet med traumenarrativet, og at de deler åpent om sine opplevelser.
- Å snakke om barnas traumeopplevelser på et tidlig tidspunkt i behandlingen ser ikke ut til å svekke den terapeutiske alliansen. Det kan tvert imot være til hjelp for barn som er mer tilbakeholdne og passive innledningsvis.

Eksposering

- I løpet av behandlingsforløpet bidrar TF-CBT til at barnets traumenarrativ blir mindre fragmentert og mer organisert, men dette ser ikke ut til å lede til mindre symptomer på PTSD i seg selv.
- Gradvis eksponering ser ut til å bidra til at mange barn får reduserte symptomer på unngåelse ved starten av bearbeidelsesfasen.
- Emosjonell aktivering under bearbeidelsesfasen henger sammen med etterfølgende nedgang i symptomer på PTSD.

U hensiktsmessige traumerelaterte tanker

- Barn som har opplevd vold, har høyere nivåer av uhensiktsmessige traumerelaterte tanker enn barn som har opplevd andre typer traumer.
- Endringer i uhensiktsmessige traumerelaterte tanker kan være en viktig mekanisme for bedring under TF-CBT-behandling.
- Selv om ungdommer med kompleks PTSD har høyere nivå av uhensiktsmessige traume-relaterte tanker og negative følelser, er reduksjonen like stor som blant ungdommer med symptomer på PTSD.

Omsorgsgivere og sosial støtte

- Det kan være nyttig at omsorgsgiverne deltar i behandling, men barn får god effekt av TF-CBT også uten omsorgsgiveres deltagelse.
- Omsorgsgivere kan spille en rolle for å sikre at barnet fullfører behandlingen og ikke avbryter den.
- Omsorgsgivere kan oppleve egne reaksjoner knyttet til barns traumer.
- Omsorgsgiveres egne emosjonelle reaksjoner og depressive symptomer reduseres når barna får traumebehandling, og denne endringen henger sammen med endringer i barnets depresjonssymptomer, men ikke nedgang i symptomer på PTSD.
- Barna rapporterer om økt grad av sosial støtte etter å ha gjennomført behandlingen.

Posttraumatisk vekst

- Barn og unge kan oppleve posttraumatisk vekst.
- Posttraumatisk vekst utelukker ikke å samtidig ha PTSD.
- Posttraumatisk vekst henger ikke sammen med nedgang i symptomer på PTSD.

Hvilke strategier ble brukt for å implementere TF-CBT, og har vi lyktes med å implementere TF-CBT?

- Vi brukte Fixsens Core Implementation Components (Fixsen et al., 2009) og implementeringsmodellen EPIS (EPIS: Exploration, Preparation, Implementation, and Sustainment; Aarons et al., 2011) da vi skulle velge implementeringsstrategier for å implementere TF-CBT i BUP.
- NKVTS har startet opp med implementering av TF-CBT i 72 av Norges 87 BUP-er, og i begynnelsen av 2024 kan 78 % av norske BUP-er tilby TF-CBT.
- Når det gjelder vedlikehold av TF-CBT-tilbudet på klinikkene, er det etter 10 år kun 4 av 72 BUP-er som har trukket seg underveis.
- Prosjektet har bidratt til å øke klinikkens evne til å identifisere barn som har erfart traumer, og som har utviklet betydelige plager av disse.
- Vi har ikke gode nok data til å si at TF-CBT tilbys til alle som kunne ha nytte av det.
- Bedringen hos barna som har fått TF-CBT de senere årene, har holdt seg på samme nivå som hos barna som deltok i den første norske studien.
- Opplæringsmodellen ser ut til å ha fungert godt, og terapeutene har gitt TF-CBT med god troskap (fidelitet) til metoden.
- TF-CBT kan læres og gi gode resultater uavhengig av terapeuters teoretiske bakgrunn og kliniske erfaring.

Konklusjoner og implikasjoner

Gjennom de 15 årene NKVTS har forsket på og implementert TF-CBT i norske BUP-er, anslår vi at TF-CBT-terapeutene har hjulpet flere tusen traumeutsatte barn og deres familier. Forskningen vår tyder på at barn, foreldre og terapeuter generelt sett er fornøyd med TF-CBT, og at de opplever god effekt av behandlingen. En god relasjon er nødvendig for å få gjennomført behandlingen, hvor både eksponering og kognitiv bearbeiding er viktige komponenter. Foreldre eller andre omsorgsgivere kan være en viktig støtte underveis.

Erfaringene våre viser at det er mulig å implementere evidensbaserte behandlingsmodeller i de norske helsetjenestene. Imidlertid er det nødvendig å bruke gode implementeringsmodeller, ha et faglig sterkt implementeringsteam, ha gode systemer for evaluering og tilbakemeldinger til klinikkene og ha systematiske vurderinger av metodetroskap (fidelitet) og

effekt. For å opprettholde implementeringen må terapeuter gis gode rammebetingelser for opplæring og veiledning, og klinikkledere må støtte opp om implementeringsprosessen.

Å oppleve traumatiserende hendelser som barn kan forstyrre utviklingen og få store negative konsekvenser på lang sikt – for barna og familiene deres, men også for samfunnet som helhet gjennom økt sykdomsbyrde og tilhørende utfordringer knyttet til helse, arbeidsliv og deltakelse i samfunnet.

Disse barna har erfart at verden kan være farlig, og at ikke alle er til å stole på. Traumeerfaringene kan føre til tanker om at de er verdiløse, og at livet er ødelagt – nesten før det er begynt. Vi som er voksne, vet at endring alltid er mulig. Med virksom behandling, kan vi som behandlere og forskere snu en mulig negativ utvikling før den har kommet for langt. Det er derfor viktig å tilrettelegge for at alle som har behov for hjelp, får tilbud om dokumentert effektive traumebehandlinger. Dette vil kunne bidra til et bedre liv for berørte av vold og traumer.

Summary

Background

The Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress (NKVTS) have since 2008 conducted research on and implemented Trauma-Focused cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in clinics for child and adolescent mental health services (BUP) in Norway. This report describes the research process and the knowledge that has been produced during these approximately 15 years.

Methods

We have conducted a randomized controlled study, several naturalistic quantitative cross-sectional and longitudinal pre-post studies, qualitative studies, and observational studies based on audio recordings from treatment sessions. We have collected data from both children, adolescents, parents and other carers, therapists and clinic managers. Over the years, at least 24,000 people have participated in one or more of our data collections. In addition, summaries of the implementation team's experiences over these years are also an important data source.

Results

Does TF-CBT contribute to reducing trauma-related symptoms, and is this treatment cost-effective?

- TF-CBT is effective in reducing PTSD, complex PTSD (CPTSD), trauma-related comorbidities such as depression, generalized anxiety and general psychological difficulties. The effect persists after the end of treatment.
- TF-CBT contributes to increased functioning in daily life.
- TF-CBT is cost-effective compared to the treatment usually provided in the clinics.
- Children with higher levels of PTSD, depression, or anxiety symptoms seem to experience greater improvement from pre- to post-TF-CBT compared to children with lower levels of symptoms.

- No child characteristics have been found to increase the likelihood of a weaker effect of TF-CBT.

How do children and parents experience receiving TF-CBT, and how do therapists experience using TF-CBT?

- Children are not particularly upset by being asked about trauma experiences and symptoms of PTSD.
- The majority of TF-CBT therapists experience little distress when screening children for trauma experiences and symptoms of PTSD.
- Children who receive TF-CBT may have concerns related to treatment, but this often passes when they meet a therapist who has empathy and expertise in their difficulties.
- Children find that talking about the trauma itself is difficult, but also the most useful part of treatment.
- Parents find the treatment helpful.
- A considerable number of therapists in BUP experience burnout and secondary traumatisation, but many also experience compassion satisfaction in their work.
- TF-CBT therapists experience less burnout and have less turnover intentions than other therapists in BUP.

Which therapeutic processes can help explain the effect of TF-CBT?

Alliance

- When the child experiences a good alliance with the therapist, this is linked to better treatment outcomes for children who receive TF-CBT.
- Parents' and therapists' experience of the alliance does not seem to have the same importance for the treatment outcome.
- Therapists' experience of the alliance can be important in assessing who is at risk of ending treatment prematurely.
- In order to achieve a good treatment result, it seems to be important that the children have both understood the rationale for working with the trauma narrative, and that they share openly about their experiences.
- Addressing the children's trauma experiences early in treatment does not appear to weaken the therapeutic alliance. On the contrary, it can be helpful for children who are initially more reserved and passive.

Exposure

- During the treatment, TF-CBT contributes to the child's trauma narrative becoming less fragmented and more organized, but this does not seem to lead to less symptoms of PTSD.
- Gradual exposure seems to contribute to many children having reduced symptoms of avoidance at the start of the trauma narrative processing phase of TF-CBT.
- Emotional activation during the trauma narrative processing phase is associated with a subsequent decrease in symptoms of PTSD.

Maladaptive trauma-related cognitions

- Children who have experienced violence have higher levels of maladaptive trauma-related cognitions than children who have experienced other types of traumas.
- Changes in maladaptive trauma-related cognitions may be an important mechanism of change in TF-CBT.
- Although youth with complex PTSD have higher levels of maladaptive trauma-related cognitions and negative emotions, the symptom reduction is similar as in youth with symptoms of PTSD.

Caregivers and social support

- It can be useful that caregivers participate in treatment, yet children can still reveal positive effect from TF-CBT without the caregivers' participation.
- Caregivers can play a role in ensuring that the child completes treatment.
- Caregivers may experience disturbing emotional reactions to children's trauma.
- Caregivers' own emotional reactions and depressive symptoms are reduced when the children receive trauma treatment, and this change is linked to changes in the child's depressive symptoms, but not a decrease in symptoms of PTSD.
- The children report higher levels of social support after completing the treatment.

Posttraumatic growth

- Children and young people can experience posttraumatic growth.
- Posttraumatic growth does not exclude having PTSD at the same time.

- Posttraumatic growth is not associated with a reduction in symptoms of PTSD.

Which strategies were used to implement TF-CBT, and have we succeeded in implementing TF-CBT?

- We used Fixsen's Core Implementation Components (Fixsen et al., 2009) and the implementation model EPIS (EPIS: Exploration, Preparation, Implementation, and Sustainment; Aarons et al., 2011) when choosing implementation strategies to implement TF-CBT in clinics.
- NKVTS has started implementing TF-CBT in 72 of Norway's 87 child and adolescent mental health clinics and at the beginning of 2024, 78% of Norwegian clinics implement TF-CBT.
- Regarding sustainment, ten years following implementation of TF-CBT, only four out of 72 clinics have dropped out.
- The project has contributed to increasing the clinics' ability to identify children who have experienced trauma and who have developed trauma-related symptoms.
- We do not have good enough data to say that TF-CBT is offered to everyone who could benefit from it.
- The improvement in symptoms of PTSD in the children who have received TF-CBT in recent years has remained at the same level as in the children who participated in the Norwegian randomized control study.
- The therapist TF-CBT training model appears to have been effective, and the therapists have provided TF-CBT with good fidelity.
- TF-CBT can be learned and provide good results regardless of the therapist's theoretical background and clinical experience.

Conclusions and implications

During the 15 years NKVTS has conducted research on and implemented TF-CBT in Norwegian clinics for child and adolescent mental health, we estimate that the TF-CBT therapists have helped several thousand trauma-exposed children and their families. Our research indicates that children, parents and therapists generally are satisfied with TF-CBT, and that they experience good treatment effects. A good therapeutic alliance is necessary to conduct the treatment, where both exposure and cognitive processing are important

components. Parents or other caregivers can serve an important role as providing support along the way.

Our experiences show that it is possible to implement evidence-based treatment models in the Norwegian health care services. However, it is necessary to use good implementation models, have a professionally strong implementation team, good systems for evaluation and feedback to the clinics and systematic assessments of method fidelity and effect. In order to sustain the implementation effort, therapists must be given good conditions for training, and clinic managers must support the implementation process.

Experiencing traumatizing events as a child can disrupt development and have major negative consequences in the long term - both for the children and their families, but also for society through an increased burden of disease and associated challenges related to health, working life and participation in society.

These children have learned that the world can be dangerous and that not everyone can be trusted. The traumatic experiences can lead to thoughts that they are worthless and that life is ruined - almost before it has begun. As adults, we know that change is always possible. With effective treatment, we as therapists and researchers can reverse a possible negative development path. It is therefore important to offer the most effective treatment to everyone who needs it. This could contribute to a better life for those affected by violence and trauma.

1 Innledning

Det er et uttalt politisk ønske at psykisk helsevern skal tilby evidensbasert behandling (Riksrevisjonen, 2021). Dette innebærer at beslutninger om hvilken behandling som skal tilbys, skal tas på bakgrunn av beste forskningsevidens, klinisk ekspertise og pasientens egenskaper, verdier og kontekst (Norsk Psykologforening, 2007). Dette tilsier at terapeuter i de psykiske helse-tjenestene må ha kunnskap om hvilke behandlingsmetoder som er støttet av forskning, samt ha ferdigheter i hvordan bruke disse i møte med pasientene sine. For å sikre at tjenestene opprettholder et kontinuerlig tilbud om evidensbaserte behandlingsmetoder, må disse implementeres i klinikkene.

Den kliniske forskningsprosessen starter i praksisfeltet. Ideer om behandling utvikles og sammenfattes i klinikk. Disse kan så testes ut i effektstudier. *Effektstudier* er randomiserte og kontrollerte studier som har som formål å teste ut en metode under mest mulig ideelle betingelser (Wells, 1999). Studiene foregår ofte i universitetsklinikker med terapeuter som er spesialister i metoden, og med selekterte pasientgrupper. Dersom en metode viser seg å være til hjelp under disse betingelsene, testes den så ut i effektivitetsstudier. *Effektivitetsstudier* er studier som foregår under mest mulige normale betingelser i vanlige klinikker, og de gjennomføres med pasienter som vanligvis sees i klinikk, det vil si pasienter med sammensatte tilstandsbilder som er henvist til behandling på vanlig måte (Wells, 1999). Ideelt sett er det først når en intervensjon viser seg å ha god effekt under disse betingelsene, at man kan anbefale at metoden implementeres i stor skala i klinikk. Med implementering menes å bruke strategier for å introdusere eller endre kunnskapsbaserte intervensjoner innenfor spesifikke områder (Proctor et al., 2009). Det handler om å få forskningsbasert kunnskap ut i praksisfeltet gjennom innføring av effektive intervensjoner. Studier som samtidig undersøker terapiprosesser, bidrar til å styrke forståelsen av metodens virksomme komponenter. Mens en metode implementeres i klinikk, kan det også samles kunnskap om spesifikke utfordringer knyttet til enkelte pasientgrupper, utfordringer med bruk av metoden og andre implementeringsbarrierer – og på samme måte kunnskap om virksomme eller fasiliterende faktorer. Denne kunnskapen kan bidra til tilpasninger av metoden eller hvordan metoden implementeres. På denne måten utvikles

stadig forståelsen av metodens anvendelsesområder og hvordan behandlingen kan tilpasses pasientgrupper, med såkalt «skreddersøm».

I dag finnes det flere evidensstøttede metoder for behandling av ulike tilstander hos barn og unge som har utviklet traumerelaterte plager (ISTSS, 2019; Jensen et al., 2020; NICE, 2018). Likevel hevdes det at få personer med psykiske lidelser får tilgang på evidensbasert behandling (Cameron et al., 2023; Wiltsey Stirman, 2022). Det er sannsynlig at dette også er en utfordring i Norge. En undersøkelse fra 2021 viste at omtrent 30 % av BUP-ledere mente at poliklinikkene de leder, benytter behandlingsmetoder som har svakt kunnskapsgrunnlag (Riksrevisjonen, 2021). Den største utfordringen i dag er derfor ikke mangel på metoder, men at terapeuter ikke tar evidensstøttede metoder i bruk (Girlanda et al., 2017; Rosen et al., 2016).

Denne rapporten beskriver forskningsprosessen og den samlede kunnskapen som vi i implementerings- og forskningsgruppen på Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har frembrakt i løpet av de første 15 årene hvor traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) ble studert og etter hvert implementert i poliklinikker i barn og unges psykiske helsevern (BUP) i Norge.

1.1 Bakgrunn for implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi

Etter tsunamikatastrofen i 2004 etterlyste de berørte mer kunnskap om traumatisering i hjelpesystemene (Glad et al., 2009; Jensen et al., 2008). Omtrent samtidig viste en kartleggingsstudie at psykisk helsevern for barn og unge fikk henvist mange saker som omhandlet traumatiserte barn, og at mange terapeuter mente de ikke fikk gitt et adekvat behandlingstilbud til denne pasientgruppen (Hjemdal, 2006). Dette var noe av bakgrunnen for at NKVTS i 2006 fikk et oppdrag fra Helsedirektoratet om å «bidra til utvikling av systematisk kunnskap om barn og unge som er utsatt for overgrep, og kunnskap om effektive tiltak og behandlingsmetoder» (Strategiplan mot fysiske og seksuelle overgrep mot barn 2006-2009; Barne- og familie-departementet, 2005).

På denne tiden var det ingen systematisk bruk av traumefokuserte behandlinger i landets poliklinikker i barn og unges psykiske helsevern (BUP-

er), og heller ingen systematisk kartlegging av potensielt traumatiserende hendelser og eventuelle reaksjoner på disse. Samtidig som NKVTS fikk oppdraget fra Helsedirektoratet, ble også behandlingsmanualen til traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (Cohen et al., 2006) utgitt. TF-CBT var på dette tidspunktet den eneste anbefalte metoden for behandling av traumatiserte barn og unge (NICE, 2005). Fordi metoden inneholder komponenter (det vil si praksiser og prosesser) som de fleste som jobber i BUP har opplæring i, som stress- og affektregulering, og er utviklet for barn og ungdom med komplekse vansker som vi ofte ser i BUP, mente vi at metoden egnet seg godt for implementering også i norske BUP-er. Det ble bestemt å gjennomføre en effektivitetsstudie for å undersøke effekten av metoden i en norsk kontekst, og Helsedirektoratet bevilget midler til oppstart av prosjektet. Senere fikk studien støtte fra Norges Forskningsråd og Extrastiftelsen / Stiftelsen Dam.

Siden resultatene fra denne studien viste gode effekter (Jensen et al., 2014), og behovet for kompetanse om effektiv traumebehandling i BUP ble ytterligere aktualisert etter terrorangrepet 22. juli 2011, fikk NKVTS i 2012 i oppdrag av Helsedirektoratet å implementere TF-CBT i flest mulig BUP-er over hele landet.

1.2 Traumeeksponering og posttraumatiske reaksjoner hos barn og unge i BUP

Å oppleve potensielt traumatiserende hendelser er vanlig, også blant barn og unge. For eksempel viste en landsrepresentativ undersøkelse av omtrent 9200 ungdomsskoleelever at én av fem har opplevd mindre alvorlig vold, én av ti har opplevd alvorlig vold, og én av tjue har opplevd seksuelle overgrep fra en voksen (Hafstad & Augusti, 2019). I tillegg kommer også de barna som opplever andre typer traumer, slik som ulykker, naturkatastrofer og krig. I denne rapporten mener vi med «potensielt traumatiserende hendelser» slike hendelser som vil tilfredsstillende diagnosemanualenes kriterier for traumehendelse (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019). Generelt regnes det å ha opplevd eller vært vitne til en hendelse som innebar faktisk eller trusler om død, livsfare eller alvorlig skade eller seksuell vold mot seg selv eller andre nærstående, som potensielt traumatiserende. I denne definisjonen inngår alvorlig mobbing i skolen som innebærer vold, trusler om vold eller skade. I de senere studiene er også

internettrelatert traumatisering inkludert. I denne rapporten skriver vi i liten grad om omsorgssvikt, med mindre denne også innebærer at barnet er utsatt for traumatiserende hendelser slik det defineres i diagnosemanualene.

Våre studier viser at majoriteten av barn i BUP har opplevd én eller flere potensielt traumatiserende hendelser (Skar et al., 2019). I en studie av over 10 000 barn som var henvist til BUP, fant vi at 79 % hadde opplevd minst én potensielt traumatiserende hendelse (Skar et al., 2019). De vanligste hendelsene som ble rapportert, var hendelser som alvorlige ulykker, naturkatastrofer, medisinske traumer eller plutselig død av en nær person (59 %) og vold utenfor familien (utsatt for eller vitne til alvorlig vold, krig eller terror; 49 %). Omtrent én av tre (27 %) hadde opplevd vold i familien (utsatt for eller vitne til vold mellom familiemedlemmer), mens 14 % hadde opplevd seksuelle overgrep. De fleste hadde også opplevd flere enn én potensielt traumatiserende hendelse. Gjennomsnittantallet hendelser blant henviste barn var 2,4 ulike typer hendelser fra en liste over 15 potensielt traumatiserende erfaringer.

En betydelig andel av barna som har opplevd slike potensielt traumatiserende hendelser, utvikler plager som for eksempel posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon og/eller angst. De vanligste posttraumatiske reaksjonene fanges opp i kriteriene for PTSD. PTSD kan diagnostiseres både ved hjelp av diagnosemanualen DSM-5 og ICD-11. Om en bruker DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), kan diagnosen PTSD stilles dersom barnet i tillegg til å ha opplevd en potensielt traumatiserende hendelse (kriterium A) tilfredsstillende følgende symptomkriterier: B) Barnet gjenopplever denne hendelsen. Opprørende og uønskede tanker eller minner dukker opp under søvn eller i våken tilstand, og barnet opplever negative følelser og fysiske reaksjoner når det skjer. C) Barnet prøver å unngå å tenke på hendelsen, eller å bli minnet om den. D) Barnet opplever negativ endring i humør og tanker sammenlignet med før hendelsen. E) Barnet opplever høy aktivering, for eksempel skvettenhet og søvnproblemer. Disse symptomene må gå utover fungering i dagliglivet for at en diagnose kan settes.

I ICD-11 (World Health Organization, 2019) er det valgt å fokusere på de symptomene som er spesifikke for PTSD, og som i mindre grad går igjen i andre diagnoser. Disse er gjenopplevelse, unngåelse og hyperaktivering (kriteriene B, C og E i DSM-5). ICD-11 har også et sterkere fokus på at

symptomene på gjenopplevelse skal oppleves som at det skjer her og nå. Også her kreves det at symptomene går ut over fungering i dagliglivet. Dette betyr at symptomkriteriet om negative endringer i humør og tanker (D) i DSM ikke er inkludert i kriteriene for PTSD i henhold til ICD-11. For å likevel ivareta bredden i vanskene som kan oppstå etter traumatiserende hendelser, har man i ICD-11-systemet valgt å inkludere en søsterdiagnose til PTSD – kompleks PTSD (KPTSD). For å oppfylle kravene til KPTSD må en oppfylle kravene til PTSD, samt tre ekstra symptomgrupper – vansker med følelsesregulering, relasjonelle vansker og negativt selvbilde.

Det er nødvendig å ha gode måleinstrumenter for å måle symptomer på PTSD hos barn. Vi har utviklet og utforsket flere måleinstrumenter for å måle dette både etter DSM-IV (den forrige versjonen av diagnosesystemet DSM), DSM-5 og ICD-11 (Hukkelberg et al., 2014; Hukkelberg & Jensen, 2011; Sachser et al., 2017; Sachser et al., 2022).

Det at diagnosesystemene er litt ulike, innebærer at det kan være forskjeller i hvem og hvor mange som blir diagnostisert med PTSD, avhengig av valgt diagnosesystem (Sachser et al., 2018). I en gruppe med norske barn som var henvist for hjelpetiltak enten til BUP eller til kommunehelsetjenesten, fant vi at mens 56 % ville tilfredsstilt kriteriene for sannsynlig PTSD i henhold til DSM-5, ville kun 33 % av de samme barna tilfredsstille kriteriene i henhold til ICD-11 (Bones & Guren, 2022). Ved bruk av DSM-5 var det større overlapp mellom depresjon og PTSD enn ved bruk av ICD-11 (25 % overlapp ved bruk av DSM-5, og 12 % overlapp ved bruk av ICD-11) og mellom oppmerksomhetsvansker og PTSD (22 % vs. 12 %). Det var liten overlapp mellom eksternaliserende atferd og PTSD ved bruk av både DSM-5 og ICD-11. I sum virker altså ICD-11 å være mer restriktiv enn DSM-5.

Det er godt kjent at det å ha vært utsatt for mange ulike potensielt traumatiserende hendelser øker sannsynligheten for å utvikle PTSD. Dette ble også funnet blant barn som har blitt henvist til norske BUP-er (Espenes, 2010). En viktig diskusjon i fagmiljøene og blant forskere er hvorvidt det er en sammenheng mellom typer eksponering og hvilke symptomer barnet utvikler. I en studie undersøkte vi derfor om det er slik at ulike typer traumer henger sammen med ulike mønstre av symptomer på PTSD. Vi spurte 4921 barn og unge i BUP (6–18 år; gjennomsnittsalder: 14 år) om hva som var det verste traumet de hadde opplevd. Deretter sammenlignet vi profiler av symptomer

på PTSD blant gruppene som rapporterte at det verste traumet var henholdsvis seksuelle traumer, vold i familien, vold utenfor familien, ikke-interpersonlig traumer (som ulykke, naturkatastrofe), plutselig tap av eller alvorlig sykdom hos nærstående og alvorlig mobbing/trusler (Birkeland et al., 2022). De vanligste symptomene uavhengig av hva de hadde opplevd, var å bli aktivert ved påminnelser (psykologisk reaktivitet), unngåelse av traumeminner og vanskeligheter med søvn og konsentrasjon. Barn som fortalte at seksuelle traumer, vold i familien eller alvorlig mobbing/trusler var det verste de hadde opplevd, hadde også høye nivåer av negative tanker og følelser. Det er verdt å merke seg at barna som fortalte at alvorlig mobbing / trusler var det verste de hadde opplevd, hadde nokså like plager som de barna som fortalte at vold i familien var det verste de hadde opplevd, både når det gjaldt hvor mange plager de hadde, og hvilke typer plager. Faktisk hadde barna som var utsatt for mobbing, et enda høyere nivå av negative tanker enn de som fortalte om vold i familien. De tenkte negativt om seg selv og sin egen verdi, i hvilken grad man kan stole på andre, og hvorvidt verden er et trygt sted. Siden barn reagerer ulikt på ulike hendelser, bør imidlertid ikke type traumeeksponering i seg selv tillegges for stor vekt når man skal planlegge en behandling. Vi mener at det er viktig å undersøke det aktuelle barnets symptomprofil, og tilpasse behandlingen til symptomene heller enn til hvilken type hendelse barnet har opplevd.

Ubehandlete traumerelaterte plager kan skape lidelser både for det enkelte barnet og familien, men kan også utgjøre en stor kostnad for samfunnet (Kessler, 2000). Det er derfor viktig å fange opp disse plagene så tidlig som mulig, og gi god behandling når det er behov for det.

1.3 Hva er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)?

TF-CBT er en fasebasert korttidsbehandling for barn og unge i skolealder (6–18 år) som har utviklet traumerelaterte plager etter å ha vært utsatt for én eller flere traumatiserende hendelser (Cohen et al., 2017). Behandlingsforløpet er vanligvis 12–16 ukentlige timer (fra 8 inntil 25 timer ved behov). Foreldre eller andre omsorgsgivere involveres gjennom hele behandlingsforløpet og har timer med terapeuten, både individuelt og sammen med barnet.

Den første fasen, ferdighetstreningfasen, handler om forståelse og å trene opp ferdigheter for å håndtere traumepåminnere og traumerelaterte symptomer. Den består av komponentene psykoedukasjon, stressmestring, følelsesregulering og kognitiv mestring. Den gradvise eksponeringen for traumeminnene starter allerede her. Neste fase er bearbeidingsfasen, og den består av komponentene traumennarrativ og kognitiv prosessering. I denne fasen jobbes det med traumehistorien og eksponering for traumerelaterte minner, følelser og tanker. I tillegg jobbes det med å identifisere, utfordre og endre negative eller lite hensiktsmessige antagelser (tanker) om seg selv, andre eller omverdenen som har oppstått som følge av traumene, og som bidrar til vanskelige følelser og uheldige mestringsstrategier. I den siste fasen er målet å styrke fremtidig sikkerhet og utvikling. Dersom barnet har unngåelsesatferd som hindrer daglig fungering etter bearbeidingsfasen, kan det jobbes konkret med eksponering for ufarlige traumepåminnere (*in vivo* eksponering). Denne fasen består ofte av fellestimer med omsorgsgiver og med deling av traumehistorien for å sikre åpen kommunikasjon og god sosial støtte også etter behandlingen. I tillegg jobbes det med å øke trygghet og forebygge at barnet blir utsatt for nye traumer (reviktimisering). Dette kan blant annet gjøres ved å ha bevissthet om egne grenser og øve på selvhverdelse, sosial kompetanse og problemløsningsferdigheter. Det kan også være nyttig å konsolidere ferdighetene man gikk gjennom i første fase av behandlingen, samt å gå gjennom gode strategier i vanskelige situasjoner og å lage sikkerhetsplaner. Temaet sikkerhet og trygghet er sentralt i metoden og flyttes gjerne til helt først i behandlingsløpet når det er hensiktsmessig.

TF-CBT inneholder også komponenter rettet mot traumatisk sorg etter å ha mistet noen ved død, som brukes når det er aktuelt. Psykoedukasjon om sorg kan hjelpe barnet og familien til å snakke mer åpent om død og sorg. Barna støttes også i å snakke om personen de har mistet, og som de savner. Mange har ambivalente følelser knyttet til den avdøde, og det kan være uavklarte spørsmål eller uløste konflikter som det kan være nødvendig å få ryddet opp i. I de to siste komponentene handler det om å bevare de positive minnene, og å redefinere forholdet til den avdøde og sette relasjoner i nåtid i fokus.

I flere internasjonale retningslinjer (ISTSS, 2019; NICE, 2018) er TF-CBT det anbefalte førstevalget for barn og unge som har symptomer på PTSD etter traumeeksponering. Det er nå gjort minst 38 randomiserte kontrollerte studier av effekten av TF-CBT (de Haan et al., 2023) hos barn i både høy- og

lavinntektsland (Australia, Den demokratiske republikken Kongo, Finland, Tyskland, Indonesia, Iran, Irak, Israel, Norge, Sør-Afrika, Sri Lanka, Sverige, Nederland, Uganda, Storbritannia, USA og Zambia). I Norge har vi et uavhengig vitenskapelig tidsskrift som publiserer kunnskaps-oppsummeringer om tiltak for barn og unges helse. Her har TF-CBT status som et tiltak med det høyeste evidensnivået: tiltak med sterk dokumentasjon på effekt (nivå 5) (Bjåstad et al., 2020).

1.4 Denne rapporten

Da vi begynte arbeidet med å få mer systematisk kunnskap om hvordan man best kan hjelpe traumeutsatte barn, var det ikke gjort noen randomiserte kontrollerte studier av TF-CBT utenfor USA. Vi visste også lite om hvorvidt barna ville tåle å bli kartlagt for traumatiserende erfaringer, og om de ville like å få TF-CBT. Det var lite kunnskap om hva ved traumebehandling som er virksomt, og hvilken rolle relasjonen til behandler, eksponering, uhensiktsmessige traumerelaterte tanker, omsorgsgivere og posttraumatisk vekst kunne ha. Vi visste heller ikke om det ville være mulig å implementere TF-CBT i norske BUP-er. Denne rapporten har til hensikt å oppsummere 15 år med forskning på, og implementering av, TF-CBT i Norge. Rapporten vil gi en summarisk oversikt over hovedfunnene, men ikke beskrive metodevalg og resultater på en detaljert måte. For en grundigere beskrivelse av dette henviser vi leserne til de enkelte artiklene og hoved- og masteroppgavene.

Følgende problemstillinger vil bli besvart:

- 1) Bidrar TF-CBT til å redusere traumerelaterte plager, og er denne behandlingen kostnadseffektiv?
- 2) Hvordan opplever barn og foreldre å motta TF-CBT, og hvordan opplever terapeuter å bruke TF-CBT i BUP?
- 3) Hvilke terapeutiske prosesser kan bidra til å forklare effekten TF-CBT har?
- 4) Hvilke strategier ble brukt for å implementere TF-CBT, og har vi lyktes med å implementere TF-CBT?

2 Metode

Forskningsdelen av prosjektet kan deles inn i tre overordnede perioder; perioden da vi gjorde en randomisert kontrollert studie (2008–2011), implementeringsperiode 1 (2012–2017) og implementeringsperiode 2 (2018–2021). Rapporten er basert på mange ulike typer datasett samlet inn i disse periodene.

2.1 En randomisert kontrollert studie (2008–2011)

I Norge startet prosjektet med en randomisert kontrollert studie (randomized controlled trial; RCT) hvor 156 barn i alderen 10–18 år som var henvist til behandling i BUP, ble randomisert (tilfeldig fordelt) til å motta enten TF-CBT eller behandling som vanlig (treatment as usual; TAU) (Jensen et al., 2017; Jensen et al., 2014). Barna ble kartlagt for symptomer på PTSD, depresjon og angst samt generelle psykiske plager før, under og etter avsluttet behandling, 12 måneder etter påbegynt behandling og 18 måneder etter behandling. Barna ble spurt om sine erfaringer med å bli kartlagt for potensielt traumatiserende erfaringer (Dos Santos, 2015; Dos Santos et al., 2016). Det ble også samlet inn data om foreldrenes reaksjoner (Holt, Cohen, et al., 2014) og om hvordan barn, foreldre og terapeuter vurderte den terapeutiske alliansen (Ormhaug et al., 2014; Ovenstad et al., 2020). Et utvalg barn og foreldre ble også intervjuet om hva de syntes om behandlingen (Dittmann, 2010; Dittmann & Jensen, 2014). Det ble gjort lydopptak av terapiforløpene, som er brukt i flere studier (Knutsen & Jensen, 2017; Ovenstad, Ormhaug, et al., 2022). Foreldrenes egne opplevelser av å støtte barnet sitt gjennom å selv delta i TF-CBT ble også kartlagt (Holt, Cohen, et al., 2014). Datainnsamlingen og utvalget er nærmere beskrevet i de siterte artiklene.

2.2 Data samlet inn under implementeringsperiode 1 (2012–2017):

I løpet av den første perioden med implementering (2012–2017) ble det samlet inn data fra 23 500 barn og deres foreldre/omsorgsgivere som kom til BUP, om barnas eksponering for potensielt traumatiserende hendelser og symptomer på PTSD. Datainnsamlingen og utvalget er beskrevet i flere artikler (Bartels et al., 2023; Birkeland et al., 2022; Skar et al., 2021; Skar et al.,

2019). Det er også samlet inn anonyme data på behandlingsrespons hos de barna som fikk TF-CBT. For 87 av barna som mottok TF-CBT, har vi gjort lydopptak av hele terapiforløp (Anundsen & Oppedal, 2021). For 9636 behandlingssesjoner med 1240 barn har vi samlet inn data om fidelitet (metodetroskap) til TF-CBT-komponenter (2015–2021). Data er nærmere beskrevet i en artikkel (Skar, Braathu, Jensen, et al., 2022).

I perioden 2015–2018 ble det samlet inn informasjon per BUP om hvor mange prosent av pasientene som ble undersøkt for å finne ut om de hadde opplevd potensielt traumatiserende hendelser, hvor mange som hadde slike erfaringer, hvor mange av disse som ble kartlagt for PTSD, hvor mange som skåret over kliniske grense for PTSD, hvor mange som fikk tilbud om TF-CBT, og effekten av behandlingen. Dette ble brukt i tilbakemeldinger til BUP-ene om implementering, og resultater er ikke publisert. For rundt 2096 barn som hadde opplevd minst én traumatiserende hendelse, og som skåret over klinisk grense for PTSD, men som ikke mottok TF-CBT, har vi data om terapeutens begrunnelse for ikke å tilby TF-CBT. Disse resultatene er ikke publisert enda.

Terapeuter har blitt intervjuet om sine erfaringer med å bruke TF-CBT (Gjestvang, 2018). Vi har også kvantitative data fra 373 terapeuter i BUP, hvorav 94 er TF-CBT-terapeuter, om deres jobbrelaterte livskvalitet, holdninger til evidensbasert praksis og intensjon om å bytte jobb (Aminihajibashi et al., 2022).

Implementeringsteamet på NKVTS har hatt ukentlige møter med terapeuter under opplæring og møter med ledere på BUP-ene minst 2–4 ganger i året, gjennom alle årene vi har implementert. Vi har gjennomgått møtereferater, prosjektbeskrivelser og implementeringsmanualer, samt den samlede erfaringen fra implementeringsteamet (2012–2023).

2.3 Data samlet inn under implementeringsperiode 2 (2018–2021):

I den neste implementeringsperioden samlet vi inn data fra 196 barn om blant annet symptomer på PTSD før, under og etter TF-CBT. Data er beskrevet i en artikkel (Jensen et al., 2022). For i underkant av 60 barn som mottok TF-CBT (i perioden 2020–2022), har vi via en app samlet inn daglige data om

symptomer på PTSD samt tanker og følelser (Giltun & Natvig, 2023; Warmedal & Karlsrud, 2022).

Data om implementeringsledelse og implementeringsklima for TF-CBT ble samlet inn fra barnas terapeuter og BUP-ledere (Egeland et al., 2019; Egeland et al., 2022; Skar, Braathu, Peters, et al., 2022). Det er gjort kvalitative intervjuer av lederes erfaring med implementeringsledelse (Borge et al., 2022). Vi har også innhentet registerdata fra Norsk Pasientregister for å undersøke diagnosevurderinger gjort ved BUP-ene (Bruun, 2020).

2.4 Brukermedvirkning

For ytterligere å styrke brukermedvirkningen i implementeringen, samt forsterke forbindelsen mellom implementering og forskning, opprettet vi i 2018 og 2021 referansegrupper med ledere og terapeuter. Det ble avholdt henholdsvis tre mellom 2018 og 2021 med den første gruppen og deretter to referansegruppesamtaler med hver av de to nye gruppene rekruttert i 2021. Informasjon fra disse har blitt brukt i den videre implementeringen. I den første referansegruppen ble resultater fra flere pågående artikler presentert og diskutert. I tillegg har vi også innhentet brukerperspektiv fra både terapeuter og ungdommer for å utvikle en app som kan støtte TF-CBT blant ungdommer. Vi har også bedt terapeuter og ledere om innspill på ulike deler av opplæringsmodellen og implementeringsmodellen når vi har gjort endringer og tilpasninger. Barn og foreldre er også intervjuet om sine opplevelser med å motta TF-CBT.

2.5 Etikk og personvern

Alle delstudiene er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (2019/1235, 2014/445, 2017/1619, 190005, 2019/1235) og/eller Norsk senter for forskningsdata (NSD) (60059/3/OOS, 680226).

3 Resultater

3.1 Bidrar TF-CBT til å redusere traumerelaterte plager, og er denne behandlingen kostnadseffektiv?

I den kontrollerte randomiserte studien ble TF-CBT sammenlignet med vanlig terapi som gis i BUP. I sammenligningsbetingelsen ble terapeuter bedt om å gi den terapien de mente var til det beste for det enkelte barnet («therapy as usual» / TAU). På denne tiden var det ikke vanlig å bruke traumefokuserte intervensjoner, og 40 % av TAU-terapeutene oppga at deres teoretiske orientering var psykodynamisk; 24 % oppga en kognitiv atferdsorientering; 17 % oppga en systemisk/familieterapeutisk orientering, og 18 % oppga ingen orientering.

For å kunne delta i studien måtte barnet være mellom 10 og 18 år, ha vært utsatt for én eller flere traumatiserende hendelser og ha klinisk signifikante symptomer på PTSD. Barn ble ekskludert fra studien om de hadde symptomer på psykose eller var selvmordstruet, eller det var behov for tolk for å gjennomføre terapien. Vi rekrutterte 156 traumatiserte barn (gjennomsnittsalder 15,1 år, variasjonsbredde 10–18 år; 80 % jenter) fra til sammen 8 poliklinikker til studien. For å vurdere traumeeksponering ble barna kartlagt for 13 ulike potensielt traumatiserende hendelser, som ulykker, at en nær person av barnet plutselig dør, skremmende medisinsk behandling, vold eller trusler om vold i eller utenfor familien, å være vitne til vold i eller utenfor familien og seksuelle overgrep i eller utenfor familien. I gjennomsnitt hadde de opplevd 3,6 ulike typer potensielt traumatiserende hendelser (variasjonsbredde 1–10). Før behandling tilfredsstilte 67 % av barna diagnostiske kriterier for full PTSD, mens de resterende hadde klinisk signifikante symptomer på PTSD. Over 80 % av barna i studien hadde også klinisk signifikante symptomer på depresjon, og 66 % hadde betydelige plager med angst.

Før behandlingen var det ikke forskjeller i symptomer på PTSD, depresjon eller angst mellom gruppene som skulle få TF-CBT eller vanlig terapi (kontrollgruppen). I etterkant av behandlingen hadde barn som hadde mottatt TF-CBT, færre symptomer på PTSD, depresjon, generalisert angst og generelle psykologiske vansker enn kontrollgruppen. Det var færre av de som mottok TF-CBT, som tilfredsstilte kriteriene til en PTSD-diagnose etter gjennomført

behandling (Jensen et al., 2014). De hadde også vesentlig større bedring når det kom til fungering på skole, med venner og med familie enn de som mottok vanlig terapi, og denne bedringen vedvarte også 18 måneder etter at behandlingen var avsluttet (Jensen et al., 2017). Alle disse forskjellene er statistisk signifikante.

At over 80 % av barna i studien hadde kliniske signifikante symptomer på depresjon, og 66 % hadde betydelige plager med angst som de også fikk vesentlig redusert gjennom behandlingen, viser at TF-CBT er til hjelp for barn og unge med komorbide tilstandsbilder. Etter at ICD-11 innførte kompleks PTSD (KPTSD) som en ny diagnose, har det særlig vært interesse å finne ut om etablerte behandlingsmetoder som TF-CBT også er til hjelp for de barna som har utviklet KPTSD. To naturalistiske studier med pre-post-design viser lovende resultater knyttet til behandling av KPTSD (Eidhammer et al., 2019; Eidhammer & Jahr, 2017; Jensen et al., 2022). Den første studien (Eidhammer et al., 2019; Eidhammer & Jahr, 2017) undersøkte 80 barn (6–18 år) fra 28 BUP-er, 81 % jenter og 19 % gutter, som hadde mottatt TF-CBT. Av disse hadde 60 barn sannsynlig PTSD og 20 barn sannsynlig KPTSD. Da denne studien ble gjort, fantes det ingen validerte måleinstrumenter for KPTSD, og derfor ble selvorganiseringsvansker operasjonalisert ved hjelp av spørsmål fra et validert DSM-5 måleinstrument (KATES-1) (Sachser et al., 2017). I denne studien måtte barna ha symptomer på DSM-5-PTSD over klinisk terskel i tillegg til negativt selvbilde, følelsesreguleringsvansker og relasjonelle vansker. Studien viser at de med PTSD og KPTSD responderte like bra på behandlingen, men barna med KPTSD hadde signifikante høyere symptomtrykk både før og etter behandling enn barna med kun PTSD.

Den andre studien (Jensen et al., 2022) undersøkte data fra 73 barn og unge (gjennomsnitt 15,4 år; 89 % jenter) som hadde PTSD eller KPTSD i henhold til et validert måleinstrument for å måle KPTSD etter ICD-11-kriterier (KATES-2), og som ble behandlet med TF-CBT. Symptomutvikling ble kartlagt hver femte time. Av de 73 barna hadde 38 % PTSD, og 62 % hadde KPTSD. Forskjellen i prosentandeler i de to studiene kan sannsynligvis tilskrives at de brukte ulike måleinstrumenter, og at ICD-11 er mer restriktiv enn DSM-5. Det var ingen forskjell mellom gruppene med og uten KPTSD når det gjaldt kjønn, alder eller traumeeksponering. Gruppen med KPTSD hadde høyere symptomtrykk ved oppstart av TF-CBT, men det var ingen forskjell mellom gruppene ved avslutningen av TF-CBT. Dette betyr at de som hadde KPTSD, hadde en

brattere forbedringskurve enn de med symptomer kun på PTSD. Det var heller ingen forskjell mellom gruppene i antall som droppet ut av behandlingen, eller i antall behandlingstimer de fikk.

Effektene av TF-CBT vedvarer også for de med komorbide tilstander (Jensen et al., 2017). En oppfølgingsstudie viste at barna i gjennomsnitt skåret under klinisk grense på alle symptommalene også 18 måneder etter behandlingsslutt. Forskjellen mellom kontrollgruppen og de som fikk TF-CBT, viskes ut over tid, men endringskurven er raskere for de som mottok TF-CBT, og de mottok færre antall terapitimer. Samlet viser dette at TF-CBT, i tillegg til å raskere redusere psykiske vansker for den enkelte, er mer kostnadseffektiv enn tradisjonell behandling. Dette støttes av kostanalyser (Aas et al., 2019; Aas et al., 2020). Helse relatert livskvalitet økte i begge gruppene, og samlet tidsbruk var omtrent den samme. Bruk av tilleggstjenester som PPT, barnevern og medikamentell behandling var lavere for gruppen som mottok TF-CBT. Sensitivitetsanalyser viste at i sum er sjansen for at TF-CBT er mer kostnadseffektiv enn standard terapi, mellom 91 og 96 %.

3.1.1 Diskusjon av funn knyttet til effekt av TF-CBT

Den norske randomiserte kontrollerte studien var den første som studerte TF-CBT i en kontrollert studie utenfor USA og med en uavhengig forskergruppe. Det er nå over 38 slike studier gjennomført i både høy- og lavinntektsland (de Haan et al., 2023). Resultatene fra våre studier samsvarer stort sett med funn fra andre internasjonale studier som viser middels til store effektstørrelser, både når metoden er sammenlignet med venteliste ($g = 1,44$), og når den er sammenlignet med aktive kontrollbetingelser ($g = 0,66$) (Morina et al., 2016). Det har også vært undersøkt om effekten av TF-CBT er avhengig av karakteristika ved barnet eller terapeuten. En stor metastudie av TF-CBT fant ikke forskjeller i behandlingseffekt avhengig av barnets alder eller kjønn eller av antall og type traume barnet har opplevd (de Haan et al., 2023). Den samme studien fant imidlertid at de barna med høyest startnivå av symptomer på PTSD, depresjon og angst hadde størst grad av bedring i løpet av behandlingen. Resultatene samsvarer også godt med en annen metastudie som indikerer at effekten av traumespesifikke metoder for barn med PTSD ikke er ulik for barn med enkeltraumer (for eksempel å ha opplevd en bilulykke) og de multitraumatiserte barna (som for eksempel kan ha opplevd mange tilfeller av vold gjennom mange år) (Hoppen et al., 2023).

Samlet sett er disse resultatene oppmuntrende fordi det betyr at terapeuter opplært i TF-CBT ikke trenger å lære et helt nytt sett av intervensjoner for å behandle traumatiserte barn med komplekse tilstandsbilder (Fagermoen et al., 2017).

3.1.2 Oppsummering av effekten av TF-CBT

- TF-CBT er effektiv for å redusere PTSD, kompleks PTSD (KPTSD), traumerelaterte tilleggsplager som depresjon, generalisert angst og generelle psykologiske vansker. Effekten vedvarer etter avsluttet behandling.
- TF-CBT bidrar til økt livsmestring og fungering i dagliglivet.
- TF-CBT er kostnadseffektivt sammenlignet med vanlig terapi ved BUP.
- Barn med høyere nivå av symptomer på PTSD, depresjon eller angst ser ut til å oppleve større bedring fra før til etter TF-CBT sammenlignet med barn med lavere nivåer av symptomer.
- Det er ikke funnet egenskaper hos barnet som øker sannsynligheten for en svakere effekt av TF-CBT.

3.2 Hvordan opplever barn og foreldre å motta TF-CBT, og hvordan opplever terapeuter å bruke TF-CBT i BUP?

3.2.1 Barn, unge og terapeuters opplevelse av kartlegging

Før man kan gi TF-CBT, er det nødvendig å identifisere hvilke barn som kan ha nytte av denne behandlingen – altså barn som har opplevd traumatiserende hendelser, og som strever med symptomer på PTSD. En utfordring behandlere står overfor, er at barn ofte ikke forteller om traumatiserende erfaringer eller symptomer på eget initiativ. I tillegg vet heller ikke alltid foreldre eller de som henviser barnet for å få hjelp, at barnet har blitt utsatt for traumer, eller at de sliter med symptomer på PTSD. I perioden 2008–2010 gjorde vi en studie ved to BUP-er. Der fant vi at blant de barna som hadde opplevd minst en traumatiserende hendelse, var traumet ikke nevnt i henvisningene i 38 % av sakene (Ormhaug et al., 2012). For å kunne identifisere barn med PTSD er det derfor nødvendig å spørre direkte om traumeerfaringer og symptomer. Rutinemessig kartlegging kan føre til at terapeuter blir bedre til å identifisere og avdekke barn og unge med PTSD (Bruun, 2020).

I samarbeid med forskere fra Tyskland og USA har vi laget og validert et kartleggingsinstrument som måler symptomer på PTSD i henhold til DSM-5 og

ICD-11, samt kompleks PTSD i henhold til ICD-11 (KATES-2; Sachser et al., 2022). Kartleggingsinstrumentet finnes i to utgaver: én tilpasset barn mellom 7 og 18 år, og én tilpasset omsorgsgivere. Det finnes også et kartleggings skjema som måler potensielt traumatiserende hendelser og symptomer på PTSD hos barn mellom 3 og 6 år, som omsorgsgivere kan fylle ut. Mer informasjon om kartlegging finnes på NKVTS sine nettsider <https://www.nkvts.no/kartleggingsverktoy/>.

For å kunne identifisere barn som kan ha nytte av TF-CBT, anbefaler vi å kartlegge alle barn som blir henvist til BUP for potensielt traumatiserende erfaringer og symptomer. Dette har vært uvant for mange, og i de første årene av prosjektet opplevde vi at mange terapeuter i BUP var usikre på om det var nødvendig eller tilrådelig å spørre alle barn og foreldre om dette. Spesielt var mange bekymret for om kartleggingen ville være opprørende for barna. For å undersøke dette samlet vi inn data fra over 10 000 barn og ungdom om hvorvidt de ble opprørt av å bli kartlagt for potensielt traumatiserende hendelser (Skar et al., 2019). Resultatene viste at 79 % av barna i BUP hadde opplevd en slik hendelse, og svært få hadde blitt særlig opprørt da de fikk disse spørsmålene (5 % blant de som hadde opplevd en slik hendelse, versus 1 % blant de som ikke hadde opplevd det). I en annen studie ble barn spurt om de kunne tenke seg å svare på lignende spørsmål igjen. Det å oppleve spørsmålene som opprørende, hadde ingen sammenheng med å ville svare igjen. De barna som opplevde kartleggingen som kjedelig, var de som ikke ønsket å svare på kartleggingen igjen (Dos Santos, 2015).

Vårt inntrykk etter å ha snakket med terapeuter i klinikkene er at det imidlertid ikke er alle terapeuter som er trygge på å spørre barn om traumeerfaringer. Det kan tenkes at denne utrykgheten først og fremst har handlet om at dette har vært nytt for mange. Terapeuter trenger å føle seg trygge på at de ikke skader barna ytterligere ved å spørre om deres traumeerfaringer. Økt trykghet er kanskje noe som først kommer etter å ha gjort seg egne erfaringer. I en undersøkelse ble TF-CBT-terapeuter (n = 139) spurt om de syntes det var ubehagelig å spørre barn og unge om deres traumeerfaringer (Fedøy, 2018). Majoriteten av disse terapeutene rapporterte at de opplevde lite ubehag. Dette kan ha sammenheng med at de har fått opplæring om traumer og kartlegging. Å ha veileder- eller lederrolle, høyere alder eller erfaring med positiv effekt av TF-CBT hadde sammenheng med lavere grad av opplevd ubehag. Kjønn, fagbakgrunn og generell

arbeidserfaring var blant faktorene som ikke hadde noen betydning for opplevd ubehag ved å spørre. Dette indikerer at å ha spesifikk kunnskap og konkrete erfaringer øker tryggheten på å kartlegge. Det er også nyttig å ha kunnskap om hvordan barn og unge opplever å bli kartlagt og å få TF-CBT.

3.2.2 Hvordan opplever barn og unge å få TF-CBT?

Å gå i psykologisk behandling, og spesielt traumefokusert behandling slik som TF-CBT, kan være krevende. Vi ønsket derfor å undersøke hvordan barn og unge som mottar TF-CBT, opplever behandlingen. I en undersøkelse hvor 30 barn og unge og deres foreldre ble intervjuet om sine opplevelser med TF-CBT (Dittmann, 2010; Dittmann & Jensen, 2014), svarte mange av barna at de grudde seg og var redde før første terapitime. Denne frykten ble redusert da de opplevde at terapeuten var empatisk og hadde kunnskap om det de strevde med. Fordi terapeuten hadde ekspertise, var nøytral, viste empati og behandlet informasjonen om dem konfidensielt, opplevde de unge det som positivt å snakke med vedkommende. Å snakke om selve traumet opplevdes som krevende, men også det mest nyttige. Det var også nyttig å lære seg verktøy for å håndtere stress. Det som opplevdes som viktige endringsprosesser, var å komme tilbake til normal fungering og å få nye perspektiver på det de hadde opplevd, og å komme seg videre. Disse resultatene forteller oss at det er viktig å håndtere barnets negative forventninger til behandling, og å møte deres frykt og unngåelse på en god måte. Det er viktig at terapeuten fremstår som trygg og viser seg som en empatisk person som er til å stole på. Det er også verdt å merke seg at barna altså anerkjenner at selv om det er vanskelig å snakke om traumer, så er det verdt innsatsen.

Mange av foreldrene fortalte at de kunne oppleve at de ikke strakk til som foreldre, og noen følte også skyldfølelse for ikke å ha greid å beskytte barnet sitt mot en traumatiserende hendelse. Mange var også triste for det som hadde skjedd med barnet. At foreldre kan få være aktive deltakere i barnets behandling og selv få veiledning og emosjonell støtte, kan bidra til at de får tilbake mestringfølelsen knyttet til å være forelder.

Traumeutsatte barn kan streve med tillit til andre og være utrygge på hva de kan dele med terapeuten, og om det de forteller, blir fortalt videre til foreldre eller andre omsorgsgivere. Det er derfor viktig å være tydelig på at taushetsplikten overholdes, og avklare med barnet hva som er greit å nevne for foreldre eller andre omsorgsgivere som deltar i behandlingen. Samtidig

bør man jobbe for størst mulig grad av åpenhet for å sørge for at barnet blir møtt med forståelse og støtte i familien.

3.2.3 Terapeuters opplevelse av å jobbe med TF-CBT

Å jobbe med traumeutsatte barn kan være en påkjenning. Terapeuter kan oppleve utbrenthet, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet. Vi ble interessert i å finne ut om dette også gjelder TF-CBT-terapeuter i BUP. En kvalitativ undersøkelse av seks terapeuter viste at terapeutene opplevde arbeidet som viktig og meningsfylt, men at de var under et høyt arbeidspress (Gjestvang, 2018). Flere av terapeutene opplevde at de hadde tanker om de traumeutsatte barna de behandlet, som kunne føre til mareritt, søvnproblemer og unngåelsesatferd. Andre opplevde at bekymringene de hadde for disse barna, gjorde at de ble bekymret for egne barn. Svarene fra den kvalitative undersøkelsen gjorde at vi ønsket å undersøke nærmere om terapeuter opplever utbrenthet og sekundærtraumatisering. I en undersøkelse av nesten 400 terapeuter i BUP fant vi at 70 % rapporterte middels til høye nivåer av utbrenthet og sekundærtraumatisering (Aminihajbashi et al., 2022). Omtrent like mange opplevde likevel glede i arbeidet sitt. En tredjedel hadde intensjon om å skifte jobb i nær fremtid. TF-CBT-terapeuter rapporterte om lavere nivåer av utbrenthet og intensjon om å skifte jobb enn terapeuter som ikke hadde fått opplæring i TF-CBT. Det kan være belastende å arbeide med traumepasienter, og det er derfor viktig at ledelsen i klinikkene tilrettelegger for at terapeutene ikke blir utbrente. Å ha grundig opplæring i en evidensbasert metode som TF-CBT kan være beskyttende. Det kan også være nyttig å være oppmerksom på at en terapeut ikke har emosjonell kapasitet til å ha for mange traumeutsatte barn i behandling på en gang.

3.2.4 Diskusjon av funn knyttet til brukererfaringer

Våre funn om barn og unges opplevelse av kartlegging og traumebehandling er i tråd med internasjonal forskning. Så lenge kartleggingen blir gjort på en sensitiv måte i en klinisk kontekst, tyder både forskning og klinisk erfaring på at det er flere fordeler enn ulemper ved å implementere rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer og symptomer på PTSD som en del av inntaksprosedyrene (Berliner et al., 2020).

I tillegg speiler funnene våre funn fra andre studier som har blitt gjort av barn og unges opplevelser av å gå i behandling (Freake et al., 2007), som viser betydningen av konfidensialitet, å få informasjon og råd, å bli lyttet til, å

oppleve å bli forstått, å kunne stole på terapeuten samt det at terapeuten har god klinisk kompetanse. I en studie av ungdom som mottok kognitiv atferdsterapi, løftet ungdommene spesielt frem at det som var viktig, var å bygge engasjement og en god allianse, i tillegg til behandlingens innhold og format (Donnellan et al., 2013). Våre funn stemmer også godt overens med funnene fra andre studier av hvordan barn og voksne opplever å få TF-CBT (Brumley et al., 2022; Neelakantan et al., 2019; Okamura et al., 2020). Tidlig psykoedukasjon og det å jobbe med å skape en god allianse er en god start, og det å formulere traumehistorien oppleves som avgjørende for bedring.

Mange terapeuter opplever at det er utfordrende, men meningsfullt å arbeide med traumeutsatte barn og unge (Allen & Johnson, 2012). Det at terapeuter selv bruker ferdighetene som læres bort i TF-CBT i møte med sine egne reaksjoner, kan være til hjelp for å redusere daglige belastninger (Deblinger et al., 2020; Harrison et al., 2023). Det er sannsynlig at det å oppleve å ha god kompetanse, og det å oppleve at barna blir bedre, kan redusere sannsynlighet for utbrenthet og høyt nivå av stress.

3.2.5 Oppsummering av brukererfaringer

- Barn blir ikke spesielt opprørte av å bli spurt om traumeerfaringer og symptomer på PTSD.
- Majoriteten av TF-CBT-terapeuter opplever lite ubehag ved å kartlegge for traumeerfaringer og symptomer på PTSD blant barn.
- Barn som mottar TF-CBT, kan grue seg til å gå i behandling, men dette går ofte over når de møter en terapeut som har empati og ekspertise på deres vansker.
- Barn opplever at det å snakke om selve traumet er vanskelig, men også det mest nyttige.
- Foreldre opplever behandlingen som nyttig.
- En god del terapeuter opplever utbrenthet og sekundærtraumatisering, men mange opplever også stor glede over jobben sin.
- TF-CBT-terapeuter opplever mindre utbrenthet og har i mindre grad intensjoner om å skifte jobb enn andre terapeuter i BUP.

3.3 Hvilke terapeutiske prosesser kan bidra til å forklare effekten TF-CBT har?

3.3.1 Betydningen av en god terapeutisk allianse

I all psykologisk behandling er relasjonen mellom pasient og terapeut sentral, og den terapeutiske alliansen utgjør en viktig del av denne relasjonen. Det finnes mange ulike definisjoner på terapeutisk allianse, men den som er mest brukt, er Edvard Bordins definisjon (Bordin, 1979). Den beskriver alliansen som et tredelt fenomen bestående av et emosjonelt bånd mellom terapeut og pasient, enighet om målene for terapien og enighet om de terapeutiske oppgavene. Det er nå veletablert at en god terapeutisk allianse er viktig for et godt behandlingsutfall både hos voksne (Flückiger et al., 2019) og barn (Karver et al., 2019).

I behandling av traumatiserte barn har det lenge vært ansett som spesielt viktig med en god terapeutisk allianse. Dette skyldes for det første at mange traumatiserte barn kan ha vanskelig for å stole på andre (Gobin & Freyd, 2014), og at å etablere et positivt emosjonelt bånd til terapeuten kan være en utfordring. Videre er det slik at mange barn bruker mye krefter på å unngå å snakke om og tenke på de traumatiserende hendelsene, og at det derfor kan bli vanskelig å få motivert barna til å gjennomføre de traumefokuserte oppgavene. Likevel fantes det få studier av sammenhengen mellom terapeutisk allianse og utfall av behandling av traumatiserte pasienter generelt, og traumatiserte barn spesielt, da den norske effektstudien av TF-CBT ble gjennomført (Ormhaug et al., 2014). En sentral problemstilling var derfor å finne ut hvorvidt den terapeutiske alliansen mellom terapeut og barn hadde betydning for utfallet, om alliansen mellom terapeut og foreldre var viktig for utfallet, og om alliansen spilte samme rolle på tvers av type behandling. Resultater fra studien viste at både barna i TF-CBT og TAU-betingelsen rapporterte om god allianse med terapeuten, både etter den første timen og etter den sjetten timen, og det var ingen forskjell i alliansenivået mellom gruppene. Det var imidlertid slik at det bare var i TF-CBT-gruppen at barnas rapporterte allianse predikerte utfallet av behandlingen. Resultatene viste at barna i TF-CBT-gruppen som rapporterte at de hadde et positivt emosjonelt bånd til terapeuten, og at de var enige i de terapeutiske oppgavene midtveis i behandlingen, hadde færre symptomer på PTSD etter avsluttet behandling.

Den samme sammenhengen så vi med andre relaterte vansker, som angst, depressive plager, generelle vansker og daglig fungering. Dette kan tyde på at en god allianse i seg selv ikke er den mest sentrale endringsmekanismen, men at det er kombinasjonen av en sterk allianse og de terapeutiske komponentene i TF-CBT som er mest virksomt.

Hvem sitt perspektiv på alliansen er viktig?

En viktig forskjell mellom behandling av barn og behandling av voksne er at det ofte er flere deltakere involvert i behandlingen av barn. I TF-CBT er barnets omsorgsgivere som regel inkludert i behandlingen, og et sentralt spørsmål når det gjelder betydningen av den terapeutiske alliansen, er derfor hvem sin vurdering av allianse som er viktigst. I vår randomiserte effektstudie kartla vi alliansen slik den ble vurdert både av barna, terapeutene og foreldrene, og vi ville undersøke om deltakerne var enige seg imellom om styrken på alliansen, og om alle perspektivene spiller like stor rolle for utfallet av behandlingen (TF-CBT eller TAU). Her fant vi at det var en moderat sammenheng mellom barnas og terapeutenes vurderinger av alliansen (Ormhaug et al., 2015). Videre fant vi at både barnets og terapeutens vurdering av alliansen predikerte hvor fornøyd barnet var med behandlingen, men at det bare var barnets vurdering av alliansen som predikerte grad av symptomreduksjon. I de tilfellene der terapeuten rapporterte om bedre allianse enn barnet gjorde, fant vi at barnet ofte hadde dårligere resultat av behandlingen. For å få mer kunnskap om betydningen av hvem sitt perspektiv på alliansen som er viktigst for behandlingseffekt, undersøkte vi dette videre i gruppen barn som hadde mottatt TF-CBT-behandlingen (n = 65). Her sammenlignet vi vurderinger av barnets allianse med terapeuten slik de var gjort av barnet selv, av terapeuten, av foreldrene og av uavhengige observatører som hadde skåret alliansen basert på lydopptak (Ovenstad, Jensen, et al., 2022). Resultatene viste at i denne gruppen var det en moderat sammenheng mellom skårene til barn og foreldre, men at verken terapeuten eller observatørene traff godt på barnets vurdering. Igjen fant vi at det bare var barnets egen vurdering som predikerte utfall, og at i de tilfellene der enten terapeuten eller foreldrene skåret alliansen bedre enn barna gjorde, økte dette risikoen for et dårligere behandlingsresultat.

Selv om vi ikke fant noen direkte sammenheng mellom terapeutenes egen vurdering av barnets allianse og barnets symptomreduksjon, fant vi i en annen studie at terapeuters tidlige vurdering av barnets allianse hadde sammenheng

med hvorvidt barnet fullførte behandlingen eller avsluttet for tidlig (drop-out) (Ormhaug & Jensen, 2016). Samlet viser studiene at en god allianse er viktig både for å hjelpe barna med å fullføre behandlingen og for å få et godt behandlingsresultat.

Videre viser disse studiene at det er vanskelig for terapeuten å vurdere sikkert hvordan barnet faktisk opplever alliansen, og at det er viktig å sjekke hvordan barnet opplever alliansen, siden det er denne som ser ut til å ha betydning for utfallet av behandlingen.

Er det sammenheng mellom allianse og involvering i behandlingen?

For å få mest mulig klinisk nytte av kunnskapen om allianse er det viktig å forstå *hvorfor* alliansen har betydning for utfall. I studien til Ormhaug og kolleger (2014) fant vi at det var en sammenheng mellom allianse og utfall i TF-CBT-gruppen, men ikke i TAU-gruppen. Dette fikk oss til å lure på om noe av alliansens funksjon var at den økte barnets involvering i de antatt virksomme terapeutiske oppgavene. Helt spesifikt lurte vi på om det var grad av involvering i traumenarrativet som kunne forklare forskjellene i utfall (Ovenstad, Ormhaug, et al., 2022). For å få mer kunnskap om dette lyttet vi til lydopptak fra barnets terapiforløp og kodet grad av involvering i den første timen de arbeidet med traumenarrativet. Vi kodet både barnets positive involvering i oppgavene (entusiasme, diskusjon, utbrodering og forståelse av oppgaven) og negative involvering (tilbakeholdenhet og unngåelse). Resultatene viste at de barna som i størst grad viste at de hadde forstått betydningen av oppgaven, og som ga mer detaljerte beskrivelser av hendelsen, også hadde bedre utfall på slutten av behandlingen. Vi fant videre at det var en klar sammenheng mellom negativ involvering og lavere allianse, men at denne negative involveringen i seg selv ikke var relatert til dårligere behandlingsutfall. Derimot fant vi at de barna som viste mer entusiasme, og som initierte mer diskusjon knyttet til oppgaven, hadde høyere symptomnivå etter endt behandling. I sum fant vi at det ser ut til å være en sammenheng mellom barnets allianse og involvering i arbeidet med traumenarrativet, men at denne sammenhengingen ikke er helt entydig. Videre peker resultatene på at det kan være viktig for terapeuten å forsikre seg om at barnet har forstått rasjonålet for oppgaven, og at barnet får hjelp til å utbrodere tilstrekkelig om sine traumatiserende erfaringer.

Hvordan kan terapeuter bidra til å bygge en god allianse?

Et siste spørsmål om allianse som har vært undersøkt i den norske TF-CBT-studien, er hvordan terapeuter kan bidra til å etablere en sterk allianse med barna som mottar behandling. Mange terapeuter er opptatt av å bygge allianse allerede fra første behandlingstime (Kristensen, 2016). I en av våre andre studier ble det funnet at det er nyttig at terapeuten kommuniserer bekreftende og utforskende og tilbyr foreldrene og barna en meningskontekst som er relevant for dem (Øverås, 2009). For å få enda mer kunnskap om hva slags terapeutatferd som kan bidra til en god allianse, lyttet vi til opptak fra den første timen barnet hadde alene med terapeuten, og kodet både terapeutens atferd og hvorvidt barnet fremsto som engasjert eller ikke i behandlingen. I sum fant vi at de terapeutene som brukte mer tid på å bli kjent med og utforske barnets egen opplevelse og mindre tid på å presentere metoden, også hadde barn som rapporterte om høyere grad av allianse etter sjetten time (Abrahamsen, 2016; Ovenstad et al., 2020). Vi fant videre at det var en tydelig sammenheng mellom barnets tidlige engasjement og alliansen, og dette så ut til å moderere effekten av terapeutenes atferd. Noen barn viser aktiv (sarkasme, avbrytelser) eller passiv (mangel på utdyping, unngåelse av spørsmål) motstand i begynnelsen av behandlingen (Berg, 2015). Men vi fant at de barna som fremsto som mer passive og tilbaketrukkne i første time, rapporterte om høyere opplevd allianse der hvor terapeuten hadde snakket mer om traumet i første time. Generelt rapporterer heller ikke barn som mottar TF-CBT, om lavere opplevd allianse med terapeuten under eksponeringsdelen (Ormhaug et al., 2014). Arbeidet med traumenarrativet så ikke ut til å svekke den terapeutisk alliansen (Breland & Wig, 2014). Dette betyr at gradvis eksponering ikke undergraver alliansebygging. Snarere er dette forbundet med en høyere opplevd allianse blant passive barn.

Diskusjon om funn knyttet til allianse

Det er nå flere studier som har funnet en sammenheng mellom en positiv allianse og bedre utfall hos barn som får behandling med TF-CBT (Kirsch et al., 2018; Loos et al., 2020; Zorzella et al., 2015) eller annen traumefokusert behandling (Steil et al., 2023). En nylig publisert metaanalyse støtter også funnene som viser at en svakere terapeutisk allianse øker risikoen for drop-out fra behandling i TF-CBT (van der Hoeven et al., 2023). Når det gjelder spørsmålet om hvem sin vurdering av alliansen som henger sammen med utfall, er resultatene så langt varierende, og det ser ikke ut til å være noen entydig konklusjon på hvorvidt terapeutens eller foreldrenes vurdering av

alliansen predikerer utfallet. I tråd med dette viser funn fra en nyere metaanalyse at det kun er moderat sammenheng mellom rapportert allianse fra perspektivet til barn, terapeuter og foreldre (Roest et al., 2023). Dette kan tyde på at de ulike aktørene ser og vektlegger ulike aspekter ved behandlingen, og det støtter vår anbefaling om at det er viktig å høre med barna selv om hvordan deres vurdering av alliansen er.

Videre er våre funn i tråd med annen forskning som også indikerer at det å tidlig fokusere på barnets egne opplevelser øker mulighetene for å etablere en allianse (Diamond et al., 1999), og at det å jobbe med en traumefokusert metode ikke ser ut til å svekke den terapeutiske alliansen (Chen et al., 2020). Resultatene kan sees i sammenheng med studiene av de unges brukererfaringer. Som beskrevet ovenfor ser det ut til å være til hjelp at terapeutene er sensitive for de traumeutsattes mellommenneskelige behov, og samtidig ivaretar deres opplevelse av autonomi under behandlingen (Eastwood et al., 2021). Dette passer godt innenfor rammene av TF-CBT, hvor det vektlegges at behandlingen er et samarbeid mellom terapeut og pasient.

Oppsummert om allianse

- Når barnet opplever å ha en god allianse med terapeuten, henger dette sammen med bedre behandlingsutfall for barn som får TF-CBT.
- Foreldre og terapeuters vurdering av alliansen ser ikke ut til å ha like stor betydning for behandlingsresultatet som barnets vurdering av alliansen.
- Terapeuters vurdering av alliansen kan være viktig for å vurdere hvem det er risiko for at avslutter behandlingen for tidlig.
- For å oppnå et godt behandlingsresultat ser det ut til å være viktig at barna både har forstått rasjonalet for arbeidet med traumennarrativet, og at de deler åpent om sine opplevelser.
- Å snakke om barnas traumeopplevelser på et tidlig tidspunkt i behandlingen ser ikke ut til å svekke den terapeutiske alliansen. Det kan tvert imot være til hjelp for barn som er mer tilbakeholdne og passive innledningsvis.

3.3.2 Betydningen av eksponering i traumebehandling

Mange, både pasienter og terapeuter, kan vegre seg for å utforske barnets traumatiserende erfaringer og snakke direkte og åpent om dette (Meiser-Stedman, 2002; Murray et al., 2022; Patel et al., 2022). Det har derfor vært en

diskusjon i feltet i hvilken grad behandling for PTSD må være fokusert på selve traumet (Schnurr, 2017).

Før vi implementerte TF-CBT, var vi usikre på hva som var vanlig praksis ved behandling av traumeutsatte barn i BUP-ene, og i hvilken grad terapeutene fokuserte på traumehendelsene i behandlingen. For å undersøke dette, ble lydopptak av vanlig behandling for PTSD i en BUP som ikke hadde implementert TF-CBT, for en undergruppe av 30 barn lyttet til (Dybing & Øia, 2017). Antall minutter brukt på traumesnakk, emosjonell prosessering og traumefokus i behandling ble telt opp. Resultatene viste at mange snakket lite om selve traumeerfaringen(e). I gjennomsnitt snakket terapeut og barn om traumehendelsen i kun 12 minutter i løpet av hele behandlingsforløpet, og de som snakket mest om traumet, brukte 38 minutter. Det var imidlertid ikke antall minutter med traumesnakk, men nivå av emosjonell prosessering (eksponering for korrektiv informasjon), som hang sammen med behandlingsutfall. Det betyr at det ikke er nok å kun snakke om traumet, men at det er nødvendig å jobbe med emosjonell prosessering av traumatiske minner for å oppnå bedring.

Å skape koherente og sammenhengende minner

Noen barn kan synes det er vanskelig å konstruere sammenhengende og meningsfulle fortellinger om det de har opplevd (Knutsen, 2013). Mange forskere og terapeuter har ansett det som viktig at barn med traumerelaterte vansker får hjelp til å utarbeide mer sammenhengende, organiserte og meningsfulle historier om det de har opplevd (Brewin, 2011; Mundorf & Paivio, 2011; Salmond et al., 2011). Det har vært antatt at å arbeide med traumehistorien kan bidra til at minnene om den traumatiserende hendelsen på sikt kan bli en integrert del av livserfaringen uten at for mye ubehag og uforståelige og skremmende reaksjoner vekkes.

Det finnes imidlertid få studier på barns traumenarrativer som kan gi støtte til disse antakelsene. Derfor ville vi undersøke om det er slik at TF-CBT bidrar til at barn utvikler mer sammenhengende historier om sine traumatiserende opplevelser, og om det å få mer sammenhengende og mindre fragmenterte traumenarrativer var forbundet med reduserte symptomer på PTSD. For å undersøke dette nærmere gjorde vi to utvalg av barn som responderte ulikt på TF-CBT, og undersøkte endringer i deres traumenarrativer gjennom behandlingen (Knutsen & Jensen, 2017). Av 79 barn som mottok TF-CBT, var

det 12 barn som fortsatt strevde med PTSD etter gjennomført behandling. De 12 barna som ikke ble bedre, ble sammenlignet med de 12 barna som viste størst grad av bedring i løpet av behandlingen. I TF-CBT-behandlingen jobber barnet og terapeuten med å utarbeide, utvide og utbrodere traumehistorien ved å gradvis legge til flere aspekter av både handlingen og av tanker og følelser som barnet hadde under traumehendelsen. Den første og den siste traumehistorien som barna delte med terapeuten under traumenarrativ-komponenten, ble transkribert og kodet for å måle grad av endring i organisering og fragmentering i traumenarrativene. Resultatene av studien viste at alle barna utviklet en mer sammenhengende og organisert historie om den traumatiserende hendelsen i løpet av behandlingsperioden.

Samlet sett var det en økning i beskrivelser av tanker og følelser hos alle barna, og det var en signifikant nedgang i narrativ fragmentering (usammenhengende historie) hos begge gruppene fra første til siste narrativ (Knutsen & Jensen, 2017). Resultatene fra studien ga imidlertid ingen støtte for hypotesen om at utvikling av et mer sammenhengende og organisert traumenarrativ er forbundet med reduserte symptomer på PTSD.

Involvering og emosjonell aktivering under eksponeringen

Unngåelse av alt som minner om det traumatiserende som har skjedd, er en del av symptombildet ved PTSD (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019). Det er derfor ikke overraskende at mange traumatiserte barn kan vegre seg eller ikke ønsker å snakke detaljert om traumene sine. Vi kan altså ikke forvente at barna uoppfordret eller på eget initiativ begynner å fortelle om de traumatiserende erfaringene sine i terapi. Dette innebærer at det ofte blir terapeuters oppgave å motivere for eksponering for og prosessering av disse erfaringene.

En hypotese om eksponering er at det er nødvendig at barnet er tilstrekkelig involvert under arbeidet med traumenarrativet, for at symptomer på PTSD skal reduseres. Mange traumeutsatte barn har utfordringer som negative tanker, skam eller tillitsvansker som kan tenkes å gjøre det vanskelig å involvere seg i behandlingen. For å finne ut av om barns involvering kunne ha betydning, ble lydopptak fra de første 45 minuttene med traumenarrativarbeid med et utvalg av 49 traumeutsatte barn kodet for involvering (Astrup, 2018). Resultatene viste at jo flere typer traumer barna hadde opplevd, jo mer involvert var de. Dette indikerer at traumeutsatte barn klarer å snakke om det

som har skjedd, og at de godt kan være klare for å bearbeide traumehistorien sin, selv om de har opplevd mange traumer. Videre viste resultatene at grad av involvering ikke var relatert til endring i symptomer på PTSD. Dette var overraskende for oss, og vi lurer derfor på om vi klarte å fange opp det viktige ved barns involvering i eksponeringen med denne måten å måle involvering på.

En annen hypotese kan være at det er nødvendig at barnet er emosjonelt aktivert under arbeidet med narrativet. I en studie av 87 ungdommer som mottok TF-CBT, ble lydopptak av terapitimer under bearbeidelsesfasen kodet for grad av unngåelse og emosjonell aktivering i timene (Anundsen & Oppedal, 2021). Resultatene viste en sammenheng mellom emosjonell aktivering og etterfølgende endring i symptomer på PTSD, hvor de som var mest aktiverte i begynnelsen av bearbeidingsfasen, hadde størst reduksjon i symptomer. Studien viste også at emosjonell aktivering gikk noe ned over tid. Dette indikerer at det er positivt for behandlingseffekten at barn og ungdom er emosjonelt aktivert når de arbeider med eksponering for traumehistorien sin.

Diskusjon av funn knyttet til eksponering

I lys av teorier om PTSD og tidligere studier (Brewin, 2011; Mundorf & Paivio, 2011; Salmond et al., 2011) var det overraskende at vi ikke fant støtte for at utvikling av et mer sammenhengende og organisert traumennarrativ var forbundet med reduserte symptomer på PTSD. Resultatene kan indikere at det i stedet er andre prosesser som har større betydning for reduksjon av symptomer på PTSD. Emosjonell og kognitiv prosessering av traumatiserende minner antas å være sentrale endringsmekanismer som bidrar til reduserte symptomer på PTSD. Våre funn er i tråd med emosjonell prosesseringsteori (Foa et al., 2006), som vektlegger at aktivering av relevante fryktstrukturer i hukommelsen skaper mulighet for emosjonell prosessering av traumatiske minner både gjennom habituering og gjennom ny korrektiv læring som kan utfordre og utkonkurrere de opprinnelige fryktbaserte antagelsene og forventningene (Craske et al., 2014). Når det gjelder unngåelse, viste det seg i vår studie (Anundsen & Oppedal, 2021) at mange ved begynnelsen av bearbeidelsesfasen hadde et nokså lavt nivå av unngåelse. Dette kan tyde på at arbeidet med ferdighetstrening og gradvis eksponering gjennom den første fasen av TF-CBT har vært en effektiv forberedelse på arbeidet med traumehistorien i bearbeidelsesfasen.

Gradvis eksponering for den traumatiserende erfaringen er ett av hovedprinsippene i TF-CBT. Eksponering er inkludert i alle faser av behandlingen, men er spesielt vektlagt i bearbeidelsesfasen, hvor det jobbes direkte med emosjonell og kognitiv prosessering gjennom arbeidet med traumenarrativet. Å arbeide med traumehistorien gir også en mulighet til å identifisere, utfordre og erstatte uhensiktsmessige tanker barnet kan ha utviklet i forbindelse med den traumatiserende opplevelsen.

Oppsummert om eksponering

- I løpet av behandlingsforløpet bidrar TF-CBT til at barnets traumenarrativ blir mindre fragmentert og mer organisert, men dette ser ikke ut til å lede til mindre symptomer på PTSD i seg selv.
- Gradvis eksponering ser ut til å bidra til at mange barn får reduserte symptomer på unngåelse ved starten av bearbeidelsesfasen.
- Emosjonell aktivering under bearbeidelsesfasen henger sammen med etterfølgende nedgang i symptomer på PTSD.

3.3.3 Betydningen av uhensiktsmessige traumerelaterte tanker

PTSD består av mange ulike symptomer som henger sammen med hverandre (Birkeland, Greene, et al., 2020), og det kan være at noen av symptomene spiller spesielt viktige roller i å opprettholde PTSD. Det kan hende at noen av dem kan regnes som kjernesymptomer som driver de andre, og som kan være mekanismer for endring av PTSD. Flere internasjonale studier har pekt på nettopp endring i uhensiktsmessige traumerelaterte tanker («kognisjoner») som en potensiell mekanisme for endring i PTSD under traumebehandling (Diehle et al., 2014; Kumpula et al., 2017; Pfeiffer et al., 2017; Schumm et al., 2015). Vi har også undersøkt dette i våre studier av TF-CBT.

I en studie av to kliniske utvalg av barn (et norsk og et tysk) undersøkte vi hvilke av de 20 DSM-5-symptomene på PTSD som hang tettest sammen med de andre symptomene, målt på samme tidspunkt (Bartels et al., 2019). Da fant vi at negative tanker og følelser ser ut til å være kjernesymptomer som har tettest sammenheng med, og kan tenkes å drive, de andre symptomene på PTSD.

Siden disse tankene ser ut til å ha stor betydning, kan det være nyttig å kunne identifisere hvilke barn som har høyest sannsynlighet for å utvikle uhensiktsmessige traumerelaterte tanker. Dette ble undersøkt i utvalget av

156 barn som var med i den randomiserte kontrollerte studien. Resultatene viste at barn som hadde opplevd fysisk vold, hadde høyere grad av uhensiktsmessige tanker enn barn som hadde opplevd traumer av typen plutselig død, skade eller sykdom i nær familie (Lund & Strømmen, 2011). Antall traumeerfaringer, barnets biologiske kjønn eller alder hadde derimot ikke betydning for grad av uhensiktsmessige tanker. Dette betyr at det kan være ekstra viktig å undersøke om barn utsatt for vold har mange slike tanker.

Videre undersøkte vi om det å skape endring i uhensiktsmessige traumerelaterte tanker kan være en mekanisme for reduksjon av symptomer på PTSD. Vi målte grad av uhensiktsmessige traumerelaterte tanker før, under og etter behandling hos barn i traumebehandling, og fant at endring i slike tanker medierte behandlingseffekt på både symptomer på PTSD, depressive symptomer og generelle psykiske plager (Jensen et al., 2018; Knutsen et al., 2018). Dette betyr at de barna som fikk redusert slike tanker underveis i behandlingen, opplevde størst bedring. Det var spesielt de endringene av slike tanker som skjedde sent i behandlingen, som hadde betydning for behandlingseffekten. Vi knytter dette resultatet til at det kan være særlig i den narrative fasen av behandlingen (traumenarrativ og kognitiv prosessering) at endring i de uhensiktsmessige tankene skjer. Vi undersøkte også om det kunne være slik at bedring i symptomer på PTSD hang sammen med etterfølgende reduksjon av uhensiktsmessige traumerelaterte tanker, men dette fant vi ikke støtte for (Knutsen et al., 2018). Funn fra disse studiene støtter antagelsen om at endringer i uhensiktsmessige traumerelaterte tanker er en sentral endringsmekanisme som driver reduksjon i både symptomer på PTSD og depresjon over tid hos barn som mottar TF-CBT.

TF-CBT inneholder flere komponenter som kan tenkes å bidra til reduksjon av uhensiktsmessige traumerelaterte tanker, for eksempel psykoedukasjon, kognitiv mestring, narrativarbeid og kognitiv prosessering. Det er kanskje spesielt i bearbeidingsfasen med narrativarbeid og kognitiv prosessering hvor man snakker aller mest om dette. For å utforske nærmere innholdet i de uhensiktsmessige tankene hos ungdom som mottok TF-CBT, ble det lyttet til terapitimer fra narrativarbeid og kognitiv prosessering i et underutvalg av 52 ungdommer mellom 12 og 18 år (Lea & Aarhun, 2020). Resultatene indikerer at tanker om tillit og skyld er blant de vanligste temaene som traumatiserte ungdom strever med. Dette peker på at det kan være spesielt viktig for terapeutene å arbeide med, og følge med på, om barnet har

uhensiktsmessige tanker om tillit og skyld, og om disse reduseres under behandlingen.

Mange barn kan ha hatt uhensiktsmessige traumerelaterte tanker over lang tid når de kommer i behandling, og det kan være utfordrende å endre dem. Noen barn har utviklet kompleks PTSD (KPTSD), som inkluderer vansker med emosjonsregulering, negativt selvkonsept og interpersonlige vansker. Dette er symptomer som vi kan tenke oss at henger tett sammen med å ha mange slike tanker. Vi ønsket å undersøke om barn og unge med kompleks PTSD kunne ha mer fastlåste uhensiktsmessige tanker. I et underutvalg av 34 ungdom mellom 13 og 17 år samlet vi derfor inn data daglig mens de fikk behandling med TF-CBT (Warmedal & Karlsrud, 2022). Vi undersøkte om det var forskjeller mellom ungdommene med og uten KPTSD i nivå og endring av uhensiktsmessige tanker og negative følelser fra dag til dag. Hovedresultatene var at selv om ungdommene med KPTSD hadde et høyere nivå av uhensiktsmessige tanker og negative følelser, endret ikke tankene seg saktere enn for de uten KPTSD. I denne studien inkluderer dette ungdommer med klinisk forhøyede nivåer av PTSD (full PTSD eller klinisk signifikante nivåer av symptomer på PTSD). Det betyr at ungdommer med KPTSD ikke ser ut til å ha mer fastlåste tanker enn de uten KPTSD, men at siden tankene i utgangspunktet er sterkere og mer fremtredende, så tar det lengre tid å få endret dem til å komme på et lavt nivå. Dette er imidlertid kun en liten studie, så her trenger vi mer forskning før vi kan trekke entydige konklusjoner.

Diskusjon om funn knyttet til uhensiktsmessige traumerelaterte tanker

Etter en skremmende og traumatiserende hendelse er det naturlig å søke etter en forklaring eller grunn til at det skjedde. Dette kan bidra til å gjenopprette en følelse av kontroll og forutsigbarhet i livet. Det er likevel ikke alt som har en rasjonell eller logisk forklaring – og noen ganger oppstår forferdelige hendelser helt tilfeldig. Likevel vil mange barn forsøke å finne en forklaring som gir mening til hendelsen. I denne prosessen kan barn for eksempel komme til å plassere for mye skyld på seg selv eller overgeneralisere fra en enkelthendelse til alle lignende hendelser i all fremtid. I et forsøk på å gjøre verden mer forutsigbar, trygg og forståelig kan traumeutsatte barn derfor utvikle uhensiktsmessige eller dysfunksjonelle antagelser og tanker. Dette kan være tanker om seg selv, andre og verden, slik som «jeg har ingen verdi», «jeg kan ikke stole på andre» eller «verden er farlig».

Resultatene fra våre studier samsvarer med funn fra flere internasjonale studier (Diehle et al., 2014; Kumpula et al., 2017; Pfeiffer et al., 2017; Schumm et al., 2015) som viser at mange traumeutsatte barn strever med uhensiktsmessige traumerelaterte tanker. Å få hjelp til å endre disse tankene kan være avgjørende for å få god effekt av behandlingen. Dette er i tråd med teorier om utviklingen og opprettholdelse av PTSD (Ehlers & Clark, 2000; Janoff-Bulman, 1992; Meiser-Stedman, 2002; Meiser-Stedman et al., 2019).

Det er viktig å merke seg at noen ganger kan slike tanker være hensiktsmessige. For barn som er i miljøer hvor voksne ikke opptrer beskyttende, eller hvor de ikke kan stole på de voksne, eller det kan oppstå mange farlige ting, for eksempel voldsepisoder, er det adaptivt å ha slike tanker. Imidlertid kommer heldigvis mange barn seg i trygghet etter traumatiserende opplevelser. Da er det lite hensiktsmessig å fortsette å ha slike tanker uavhengig av situasjon og person. Da kan disse traumerelaterte tankene føre til at barnet opplever en følelse av pågående fare og trussel som igjen henger sammen med symptomer på PTSD og dårlig fungering i dagliglivet. Forskningen tyder på at det å få hjelp til å rydde opp i slike tanker kan hjelpe barn til å legge dem litt fra seg og i stedet utvikle mer hjelpsomme tanker om seg selv, andre og verden.

Oppsummert om uhensiktsmessige traumerelaterte tanker

- Barn som har opplevd vold, har høyere nivåer av uhensiktsmessige traumerelaterte tanker enn barn som har opplevd andre typer traumer.
- Endringer i uhensiktsmessige traumerelaterte tanker kan være en viktig mekanisme for bedring under TF-CBT-behandling.
- Selv om ungdommer med kompleks PTSD har høyere nivå av uhensiktsmessige traume-relaterte tanker og negative følelser, er reduksjonen like stor som blant ungdommer med symptomer på PTSD.

3.3.4 Betydningen av omsorgsgivere og sosial støtte

Tilgang på sosial støtte kan beskytte mot utvikling av PTSD etter en potensielt traumatiserende hendelse (Cohen & Wills, 1985). Studier viser at det er en sammenheng mellom nivå av sosial støtte og symptomer på PTSD hos barn og unge (Allen et al., 2021; Trickey et al., 2012). For eksempel: I et utvalg av 100 barn utsatt for seksuelle overgrep hang emosjonell støtte fra mor sammen med færre symptomer på PTSD 9 måneder etter hendelsen (Zajac et al., 2015). I tillegg kan foreldre eller andre omsorgsgivere være en viktig kilde til sosial

støtte for barnet under og i etterkant av traumebehandling. De kan også være rollemodeller for håndtering av reaksjoner. I TF-CBT tilstrebes det derfor å inkludere foreldre eller andre omsorgsgivere i behandlingen, når det er mulig. Gjennom å få en bedre forståelse av hva barnet går gjennom, kan de hjelpe barnet sitt på en bedre måte.

Betydningen av foreldre eller andre omsorgsgivere

Imidlertid kan en tenke seg at en god del foreldre kan streve med egne vanskelige følelser i etterkant av at barnet deres har vært utsatt for traumatiserende hendelser. De kan kjenne på skyld og bebreide seg selv for at de ikke beskyttet barnet bedre, kjenne skam, bekymring for hvordan det skal gå med barnet, eller sterkt sinne. Det var knapt gjort noen studier på dette da vi gjennomførte den randomiserte kontrollerte studien, og derfor ønsket vi å forstå bedre hvordan foreldre kan bli påvirket av barnets traumatiserende erfaringer, og hvilke sammenhenger foreldres reaksjoner har med behandlingsutfall hos barnet.

I en studie undersøkte vi foreldres emosjonelle reaksjoner på barnas traumer (Holt, Cohen, et al., 2014). 120 foreldre deltok i studien, og foreldrene rapporterte generelt høye nivåer av emosjonell belastning og skyld. Vi fant ingen sammenheng mellom hva slags type traume barnet hadde opplevd, og grad av emosjonelle belastninger hos foreldre generelt. Det vi imidlertid fant, var at foreldre til barn som hadde opplevd vold i familien og seksuelle overgrep utenfor familien, rapporterte de høyeste nivåene av skyldfølelse. Foreldre til barn som hadde opplevd vold i familien, var også de foreldrene som rapportert om høyeste nivå av skam. Dette forteller oss at mange foreldre får det vanskelig når barna er utsatt for traumatiserende hendelser, og at det kan virke som om det er en sammenheng mellom hva barnet har opplevd, og hvilke vansker foreldrene utvikler i etterkant.

Vi vet at det kan være vanskelig å ta vare på andre dersom man har det vanskelig selv. Vi kan tenke at det er viktig å hjelpe foreldrene å få det bedre, for at de skal kunne støtte og hjelpe barna sine bedre. Derfor ble vi interessert i å undersøke om foreldres emosjonelle reaksjoner (Holt et al., 2015) og depressive symptomer reduseres når barna får traumebehandling, og om det at foreldrene får det bedre, kan bidra til at barna også får det bedre. Vi fant at foreldres emosjonelle reaksjoner og depressive symptomer ble bedre når barna deres fikk behandling – dette gjaldt uavhengig av om barna fikk TF-CBT

eller det vanlige behandlingstilbudet (TAU) (Holt, Jensen, et al., 2014). Denne bedringen kunne ikke forklare forskjellen i behandlingseffekt mellom TF-CBT og TAU når det gjaldt barnets symptomer på PTSD. Derimot fant vi at endring i foreldres emosjonelle reaksjoner hadde sterkere sammenheng med reduserte depressive symptomer hos barna som fikk TF-CBT, enn barna som fikk behandling som vanlig (TAU). Resultatene indikerer at for å redusere symptomer på PTSD, er det nødvendig å jobbe individuelt med barna. Det er altså ikke nok at foreldrene får det bedre. Samtidig kan det være fornuftig å inkludere foreldre i behandlingen for å bidra til bedring i foreldres emosjonelle reaksjoner, som videre har vist seg å ha en effekt på barnas depressive symptomer.

Vi fant også en indirekte sammenheng mellom foreldres vurdering av behandlingen og prematur avslutning av behandlingen (drop-out) (Ormhaug & Jensen, 2016). Da vi spurte barna om hvorvidt de trodde at foreldrene syntes at behandlingen var viktig og hjelpsom, om foreldrene likte terapeuten, om de opplevde at de hadde tillatelse fra foreldrene til å snakke fritt med terapeuten, og om de opplevde at de var enige med foreldrene om hvilke problemer de skulle jobbe med, fant vi at høyere skår på disse spørsmålene hang sammen med lavere sannsynlighet for drop-out. Vi fant også at de behandlingsforløpene der foreldrene selv var med og fulgte behandlingen, hadde større sannsynlighet for å bli fullført enn forløpene der barna gikk alene. Det er allikevel uklart om foreldres deltakelse er helt avgjørende for utfallet, siden også de barna som ikke hadde med foreldre eller andre omsorgsgivere i behandlingen, hadde god reduksjon i symptomer på PTSD (Jensen et al., 2014).

Sosial støtte

Et annet viktig spørsmål vi ble opptatt av, var om det var de barna som opplevde høy grad av sosial støtte før behandling, som opplevde mest bedring i løpet av TF-CBT. Vi undersøkte dette, og fant at selv om lave nivåer av sosial støtte hang sammen med høye nivåer av symptomer på PTSD før behandling, var det ikke slik at de med størst grad av sosial støtte hadde større nedgang i symptomer enn de med lav sosial støtte (Birkeland, Holt, et al., 2020). Videre fant vi en økning i barns opplevde sosial støtte samtidig som symptomer på PTSD gikk ned (Birkeland, Holt, et al., 2020). Den største endringen skjedde mens barna gikk i behandling, og den ble opprettholdt i de neste 18 månedene etter behandling. Dette kan tyde på at støtte fra andre var blitt en

stabil ressurs også etter behandlingen. Det kan hende at foreldrenes deltakelse i behandlingen bidro til at foreldre fikk en bedre forståelse for barnets traumereaksjoner og hvordan de best kunne støtte barnet sitt. Det kan også være at behandlingen førte til en reduksjon i uhensiktsmessige traumerelaterte tanker knyttet til sosial støtte, for eksempel «jeg kan ikke stole på andre». Dette kan ha gitt barnet mulighet til å ta imot hjelp fra både terapeut og omsorgsgivere, noe som bidro til endringer både i opplevd sosial støtte og symptomer på PTSD.

Diskusjon om funn knyttet til omsorgsgivere og sosial støtte

Studiene våre var blant de første som undersøkte hvordan foreldre til traumeutsatte barn har det. Senere har flere andre studier funnet at psykisk helse hos omsorgsgivere henger sammen med barnets bedring etter traumebehandling (Brown et al., 2020; Danzi & La Greca, 2021; Martin et al., 2019). En annen studie har funnet at omsorgsgivere som skylder på barnet eller som er preget av unngåelse, henger sammen med mer uhensiktsmessige traumerelaterte tanker hos barnet (Yasinski et al., 2016) og økt sannsynlighet for at behandlingen blir avsluttet før den er ferdig (drop-out) (Yasinski et al., 2018). Dette er i tråd med funnene våre, som tyder på at omsorgsgivere som er delaktige i behandlingen, kan bidra til at behandlingen blir gjennomført.

Resultatene våre som viser god symptombedring også hos barn som mottok TF-CBT uten at foreldre eller omsorgsgivere deltok i behandlingen, samsvarer med funn fra andre studier (de Haan et al., 2023). Dette betyr at i tilfeller hvor det er vanskelig å få med foreldre eller andre omsorgsgivere, kan det likevel være til hjelp for barnet å gjennomføre TF-CBT.

Det er godt dokumentert at TF-CBT kan bidra til bedring i symptomer på PTSD, depresjon og angst, men vi vet mindre om sammenhengen mellom traumebehandling og sosial støtte blant barn og unge. En nylig oversiktsartikkel blant voksne som fikk traumefokusert CBT, tyder på at behandlingen hadde en positiv effekt på interpersonlig fungering (Swerdlow et al., 2023). Dersom dette også gjelder barna, kan det ha stor betydning for dem. Gode sosiale relasjoner og sosial støtte kan gjøre traumeutsatte barn bedre rustet i møte med videre utfordringer i livet.

Oppsummert om omsorgspersoner og sosial støtte

- Det kan være nyttig at omsorgsgiverne deltar i behandling, men barn får god effekt av TF-CBT også uten omsorgsgiveres deltagelse.
- Omsorgsgivere kan spille en rolle for å sikre at barnet fullfører behandlingen og ikke avbryter den.
- Omsorgsgivere kan oppleve egne reaksjoner knyttet til barns traumer.
- Omsorgsgiveres egne emosjonelle reaksjoner og depressive symptomer reduseres når barna får traumebehandling, og denne endringen henger sammen med endringer i barnets depresjonssymptomer, men ikke nedgang i symptomer på PTSD.
- Barna rapporterer om økt grad av sosial støtte etter å ha gjennomført behandlingen.

3.3.5 Posttraumatisk vekst

Traumatiserende hendelser innebærer svært ubehagelige opplevelser som kan ha mange former for negative konsekvenser. Likevel er det også noen som forteller at de opplever positive endringer etter å ha gjennomlevd en slik hendelse (Tedeschi & Calhoun, 2004). Dette kan være endringer som at de føler de har lært noe viktig, at de er bedre i stand til å sette pris på det de har, eller at de nå vet hvem de virkelig kan stole på. En slik endring kan kalles posttraumatisk vekst og var på den tiden vi gjorde vår randomiserte kontrollerte studie, mest utforsket blant voksne.

Et spørsmål vi hadde, var om barn også kan oppleve posttraumatisk vekst etter traumer. Gjennom kvalitative analyser av intervjuer av 138 barn som skulle få traumebehandling, og som svarte på spørsmålet «Hvordan synes du at den traumatiserende hendelsen har påvirket livet ditt?», fant vi tre hovedtema innen posttraumatisk vekst: personlig vekst, relasjonell vekst og endret livsfilosofi (Glad et al., 2013). De eldre barna fortalte mer om posttraumatisk vekst enn de yngre. Mens 15 % av de intervjuede barna fortalte om posttraumatisk vekst før behandling, fortalte 35 % om posttraumatisk vekst både før og etter behandling. Imidlertid var ikke det å oppleve posttraumatisk vekst relatert til nedgang i symptomer på PTSD.

Diskusjon om funn knyttet til posttraumatisk vekst

Det ser altså ut som at også barn og unge kan oppleve posttraumatisk vekst, og at dette kan arte seg ganske likt som hos voksne. Våre funn er konsistente med funn fra andre studier som også peker på at barn kan oppleve

posttraumatisk vekst (Hafstad et al., 2011; Meyerson et al., 2011). Å rapportere posttraumatisk vekst kan være en mestringsstrategi som hjelper til med å skape mening i det som har skjedd (Tedeschi & Calhoun, 2004). Forskningslitteraturen om betydningen av posttraumatisk vekst er sprikende, og hvilken rolle posttraumatisk vekst spiller for bedring fra PTSD, har vært omdiskutert (Frazier et al., 2009; Infurna & Jayawickreme, 2019; Zoellner & Maercker, 2006). Hos barn og unge kan det også være vanskelig å få avklart om en positiv utvikling fra før en traumatiserende hendelse til etter en traumatiserende hendelse er knyttet til traumet, eller om det handler om generelle utviklingsprosesser som ville skjedd uansett. Det er derfor viktig å være varsom i tolkningen av posttraumatisk vekst. Det er heller ikke slik at det å oppleve posttraumatisk vekst utelukker at en samtidig kan ha betydelige nivåer av symptomer på PTSD.

Oppsummert om posttraumatisk vekst

- Barn og unge kan oppleve posttraumatisk vekst.
- Posttraumatisk vekst utelukker ikke å samtidig ha PTSD.
- Posttraumatisk vekst henger ikke sammen med nedgang i symptomer på PTSD.

3.4 Hvilke strategier ble brukt for å implementere TF-CBT, og har vi lyktes med å implementere TF-CBT?

Siden 2012 har NKVTS hatt i oppdrag å implementere TF-CBT i landets BUP-er. I denne siste delen av resultatene vil vi gå nærmere inn på hvordan vi fikk kunnskap om og kompetanse til å få TF-CBT ut til praksisfeltet, og beskrive i hvilken grad vi har lyktes med det.

3.4.1 Hvilke implementeringsstrategier ble brukt?

Med implementering menes det å bruke strategier for å introdusere eller endre kunnskapsbaserte intervensjoner innenfor spesifikke områder (Proctor et al., 2009). Det betyr at implementering av en metode i praksisfeltet er noe annet og mer omfattende enn kun å gi opplæring i en metode. Ettersom studier har vist at det å kurses i en behandlingsmetode i seg selv ikke fører til praksisendring (Fixsen et al., 2009; Herschell et al., 2010), ønsket vi å legge til rette for at opplæring og bruk av metoden kunne bestå uavhengig av utskiftning av ansatte. Implementering krever innsats både på organisasjonsnivå, ledelsesnivå og terapeutnivå. Implementeringsstrategier er metoder

eller teknikker for å bidra til innføring, implementering, vedlikehold og utbredelse av et klinisk program eller en praksis (Curran et al., 2012). Implementering foregår i flere faser, og et rammeverk som er til hjelp for å planlegge implementeringen, er EPIS (EPIS: Exploration, Preparation, Implementation, and Sustainment; Aarons et al., 2011). Implementeringsprosessen begynner med *utforskning* av betingelsene for implementering (exploration). I denne første fasen bør det for eksempel vurderes hvilken kunnskap organisasjonen har fra før, hvilke behov organisasjonen har, og hvilken kapasitet de har til å endre sin praksis. Det kan være nyttig å undersøke hvilke holdninger til evidensbasert praksis, som TF-CBT, som finnes på klinikken. I en studie av holdninger hos ansatte i BUP ble det funnet at ansatte hadde generelt positive holdninger til evidensbasert behandling (Kaur & Naseem, 2018). Det var likevel variasjoner – eldre var mindre positive enn yngre, og terapeuter var mindre positiv innstilt enn ledere. For å sikre en effektiv implementering kan det være nødvendig å undersøke skepsis til evidensbasert praksis blant enkelte ansatte, og sette inn tiltak og tilrettelegge arbeidssituasjonen for å gjøre det lett å ta evidensbaserte behandlingsmetoder i bruk. *Forberedelsesfasen* (preparation) til implementering handler om å planlegge hvordan den nye behandlingsmetoden skal integreres i eksisterende systemer og sørge for å ha den nødvendige støtten fra alle deler av organisasjonen. *Selve implementeringsfasen* (implementation) består av å gjennomføre aktivitetene som skal til for at behandlingsmetoden blir tatt i bruk. I *vedlikeholdsfasen* (sustainment) handler det om å sikre at bruken og kvaliteten på behandlingen opprettholdes over tid.

Når man har bestemt seg for å gå i gang med implementering av en ny metode, bør man vurdere hvilke strategier man skal bruke for å imøtekomme barrierene man har i tjenesten for å kunne få til god implementering. I tillegg kan det være nyttig å ta utgangspunkt i et av flere implementeringsrammeverk som finnes. Vi brukte Fixsens modell for implementering som støtte da vi skulle velge implementeringsstrategier; Core Implementation Components (Fixsen et al., 2009). Ifølge denne modellen er det syv kjernekomponenter som driver implementering, og som det må lages strategier for: rekruttering og seleksjon av terapeuter; opplæring og trening; vedvarende trening og konsultasjon; evaluering av terapeutenes gjennomføring og resultater; beslutningsstøttende kunnskapssystemer; lederstøtte; og organisasjonsstøtte. Vi vil nå beskrive hvordan vi konkretiserte disse for anvendelse i implementeringen av TF-CBT i Norge.

Rekruttering og seleksjon av terapeuter handler om å velge terapeuter som skal få opplæring, ut fra deres kvalifikasjoner, erfaringer og tro på metoden. Ulike evidensbaserte intervensjoner kan kreve ulik kompetanse hos de som skal utføre dem (Fixsen et al., 2009). I utgangspunktet stilte vi ingen spesifikke utdanningskrav, og alle som var kvalifisert til å jobbe som terapeut i BUP, ville kunne fått opplæring. Etter hvert har vi, i tråd med utviklerne av metoden sine anbefalinger, satt krav om terapeuter må ha en klinisk master eller tilsvarende utdanning. En studie har undersøkt hvorvidt det er noen forskjeller i behandlingsutfall avhengig av terapeutkarakteristika som teoretisk bakgrunn, klinisk erfaring og terapeutens kjønn, og fant ikke støtte for det (Pfeiffer et al., 2020). For at TF-CBT skulle bli et fast tilbud på klinikken, oppfordret vi BUP-lederne til å rekruttere fast ansatte terapeuter som selv var motiverte for å lære og praktisere metoden. For at tilbudet ikke skal være for sårbart, anbefaler vi at minst 20 % av terapeutene får opplæring i TF-CBT, og at det til enhver tid skal være minst 3 terapeuter med TF-CBT-opplæring på hver BUP. Ved utskiftning av terapeuter tilbyr vi opplæring til nye terapeuter.

Opplæring og ferdighetstrening handler om å utvikle en opplæringsstrategi som er gjennomførbar og sikrer tilstrekkelig trening. Vi valgte en fler-komponentmodell hvor opplæring, utprøving og veiledning integreres. Det er TF-CBT-konsulenter som har ansvar for opplærings- og vedlikeholdsprogrammet. Konsulentene er TF-CBT-terapeuter og psykologspesialister som har deltatt på intern opplæring ved NKVTS om veiledning og undervisning, samt på et «train-the-trainer»-utdanningsprogram over ett år med utviklerne av metoden.

Opplæringsmodellen i TF-CBT består av å lese TF-CBT-boken (Cohen et al., 2017, 2018), gjennomføre et 11-timers amerikansk nettbasert kurs i metoden, delta på et grunnkurs utviklet av TF-CBT-teamet ved NKVTS med innføring i traumeforståelse og metoden, delta på ett års ukentlig telefon-/video-veiledning i gruppe basert på lydopptak av egne terapitimer samt delta på et 2-dagers fordypningsseminar i TF-CBT. Gjennom de over ti årene med implementering har vi gjort enkelte tilpasninger i opplæringsmodellen. Lengden på grunnkurset har variert, og det er nå økt fra 2 til 3 dager for å få mer tid til praktisk ferdighetstrening. Av hensyn til ressursbruk har vi redusert antall terapitimer som TF-CBT-konsulenter lytter til per terapeut. Tidligere lyttet TF-CBT-konsulenter til hver eneste time av 3 fullførte behandlingsforløp, mens de nå lytter til omtrent en time med hver av de 8 komponentene i TF-

CBT per terapeut. Som regel innebærer dette at det lyttes til et helt behandlingsforløp per terapeut, men noe mer dersom den første saken avbrytes (til sammen omtrent 10–12 timer per TF-CBT-terapeut). TF-CBT-konsulenter gir deretter tilbakemelding på timene som lyttes til, samt veiledning om videre fremdrift i behandlingen, i grupper med 3–5 terapeuter.

Mesteparten av opplæringen og veiledningen er gjort av TF-CBT-konsulenter ansatt på NKVTS. I ett helseforetak (Helse Vest) har vi testet ut en modell hvor to psykologspesialister ble frikjøpt 50 % for å drive TF-CBT-opplæring (kurs, veiledning og nettverkssamlinger) for terapeuter i syv klinikker i sin region. De har blitt fulgt tett opp av TF-CBT-konsulenter ved NKVTS, som fortsatt har ansvar for den endelig godkjenning av de ferdig utdannede TF-CBT-terapeutene.

Vedvarende trening og konsultasjon handler om å innføre systemer for hvordan kunnskap vedlikeholdes og praktiseres over tid. En ting er å bli introdusert for en ny metode og øve på ferdigheter under opplæring, men virkelig læring skjer når ferdighetene brukes i vanlig arbeidspraksis (Fixsen et al., 2009). For å sikre at kunnskapen blir vedlikeholdt over tid og metoden praktiseres slik den er tenkt, har vi etablert lokale TF-CBT-veiledere på hver BUP. De har ansvar for å organisere jevnlige møter med de andre godkjente TF-CBT-terapeutene i sin klinikk og for å lede en kollegabasert veiledning. TF-CBT-konsulentene gir også mulighet for individuelle konsultasjoner til TF-CBT-terapeuter ved behov også etter opplæringsperioden.

Evaluering av terapeutenes gjennomføring og resultater handler om å innføre systemer for vurderinger både av terapeutenes gjennomføring av metoden (fidelitet) og resultater (pasientenes bedring i symptomtrykk og fungering i dagliglivet). Under opplæringen skåres lydopptak med tanke på hvordan terapeuten gjennomfører enkeltkomponenter fra TF-CBT, i et digitalt monitoreringssystem utviklet av NKVTS. Resultatene, altså barnets bedring, måles ved at terapeutene undersøker pasienter med et standardisert spørreskjema som måler symptomer på PTSD og fungering før, underveis og ved avslutning av TF-CBT. Vi har oppfordret terapeutene til å fortsette å følge med på sin egen gjennomføring av TF-CBT samt pasienters bedring, også etter opplæringsperioden. Hensikten er at terapeuten skal kunne fortsette egen utvikling som TF-CBT-terapeut og sikre at metodebruken ikke blir forringet over tid. Det er også nyttig at NKVTS, som har ansvaret for implementeringen, får informasjon om hvor mye TF-CBT blir brukt i praksis, med hvilken fidelitet

og hvilke resultater. Denne informasjonen kan brukes til å tilpasse implementeringsstrategiene slik at vi får mest mulig god behandling ut av implementeringen.

Beslutningsstøttede kunnskapssystemer handler om å innføre systemer for å evaluere hvordan det går med implementeringen i hver klinikk. Dette gir grunnlag for videre beslutninger om egnede tiltak for å forbedre implementeringen til enhver tid. Et viktig implementeringsmål i prosjektet var som nevnt at klinikkene klarte å identifisere barn som har erfart traumer, og som har utviklet betydelige plager av disse, og at disse ble tilbudt TF-CBT etter en vurdering av egnethet. Da prosjektet startet, var det ikke innført systematisk kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer og symptomer på PTSD i BUP-ene. Etter å ha implementert systematisk kartlegging som en del av implementeringsprosjektet samlet vi i perioden 2015–2018 inn informasjon om følgende: hvor mange prosent av pasientene som ble kartlagt for om de hadde opplevd potensielt traumatiserende hendelser, hvor mange som hadde slike erfaringer, hvor mange av disse som ble kartlagt for PTSD, hvor mange som skåret over kliniske grense for PTSD, hvor mange som fikk tilbud om TF-CBT, og effekten av behandlingen. Å få samlet inn denne informasjonen er ressurskrevende, så per 2023 har vi begrenset oss til kun å be om data for hvor mange som fikk tilbud om TF-CBT, og effekten av behandlingen. Dataene har blitt oppsummert og gitt tilbake til klinikkene slik at de har fått tilbakemeldinger om i hvilken grad de har nådd målgruppen med tilbudet. Denne kunnskapen har blitt brukt til å finne ut hva som eventuelt hindrer god implementering, og til å hjelpe klinikkene med å justere rutiner og etablere tiltak internt for å forbedre implementeringen.

Administrativ støtte handler om å innføre rutiner for hvordan ledere støtter og holder personalet organisert og fokusert på de ønskede resultatene av intervensjonen. Vi har hatt jevnlig møter med ledere av BUP for å støtte deres arbeid med å få til god implementering i egen organisasjon, og diskutere mulige utfordringer. I møtene kan andre, for eksempel lokal veileder, også delta for å bidra med sitt perspektiv og sine forslag til løsninger. Møtene blir også brukt til å dele erfaringer og eksempler på gode løsninger fra andre klinikker som kan bidra til å styrke implementeringen. Etter de første årene med implementering av TF-CBT var vi usikre på i hvilken grad vi nådde målgruppen for traumebehandlingen. Det var ikke en uvanlig tilbakemelding at lederne opplevde å gi mye støtte til terapeutene, mens terapeutene

opplevde at de ikke fikk nok støtte, for eksempel til å få identifisert barn som kan ha nytte av TF-CBT, eller til å få satt av nok tid til å forberede og gjennomføre behandlingstimer. For å klargjøre og styrke lederens rolle i implementeringen av tilbudet valgte vi derfor i perioden fra 2018 til 2021 å teste ut en modell for lederopplæring, Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) (Aarons et al., 2015). LOCI er en 12-måneders empirisk og teoretisk basert implementeringsstrategi som gir førstelinjeledere trening i implementeringsledelse og i hvordan ledelsen på flere nivåer kan jobbe for et godt klima for implementering. Implementeringsledelse innebærer at leder er proaktiv, kunnskapsrik, støttende og utholdende i å sikre opprettholdelse av behandlingsmetodene (Aarons et al., 2014). Implementeringsklima handler om de ansattes delte oppfatning av hva som belønnes, støttes og forventes for å fremme effektiv implementering av kunnskapsbasert praksis (Ehrhart et al., 2014). I LOCI brukes tilbakemeldinger om implementeringsledelse og -klima fra alle behandlere ved klinikken som utgangspunkt for å legge en strategi for hver klinikk og derved skape best mulig betingelser for å implementere evidensbaserte tiltak (Egeland et al., 2022). I en kvalitativ intervjuundersøkelse av ledere fra BUP og DPS som hadde deltatt i LOCI (Borge et al., 2022; Iversen, 2020), rapporterte lederne at LOCI-strategien ga dem konkrete verktøy for å håndtere implementeringen av behandlingsmetodene.

Implementeringsfeltet er nokså nytt, og vi gjorde flere valideringsstudier av måleinstrumenter før vi kunne bruke dem i andre analyser (Borge et al., 2021; Braathu et al., 2022; Peters et al., 2022). I en studie av nesten 500 terapeuter fra over 40 klinikker for barns og voksnes psykisk helsevern (BUP-er og DPS-er) fant vi at LOCI hadde en direkte effekt på generell endringsledelse, implementeringsledelse og implementeringsklima (Skar, Braathu, Peters, et al., 2022). I en annen studie fant vi at implementeringsledelse hang sammen med terapeuters aksept av metoden (acceptability), opplevelse av at metoden egner seg for behandling av PTSD i klinikkene (appropriateness), og opplevelse av at metoden er mulig å bruke i klinikkene (feasibility), både direkte og gjennom implementeringsklimaet (Egeland et al., 2023). Resultatene tyder på at LOCI er en lovende implementeringsstrategi for vellykket implementering av evidensbaserte behandlingsmetoder for PTSD i psykisk helsevern for barn og voksne i Norge. Det er en styrke at LOCI inkluderer flere ledernivåer, men det har likevel vært en utfordring at det er en betydelig utskiftning blant ledere (Egeland et al., 2022).

Intervensjoner på systemnivå handler om å sørge for de økonomiske, organisasjonsmessige og personalmessige ressursene som kreves for å støtte behandlernes arbeid. Opplæringen i TF-CBT har blitt finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet gjennom årlige tildelinger. Klinikkerne betaler ikke for opplæring, men de forplikter seg til å gi terapeutene tid og mulighet til å fordype seg og lære metoden, og til å fortsette med veiledning og sørge for vedlikehold av tilbudet over tid på andre måter. Det har også vært konkretisert i skriftlige avtaler med den enkelte BUP at leder forplikter seg til å ha det overordnede ansvaret for implementeringen.

3.4.2 Hvor mange klinikker kan tilby TF-CBT?

Gjennom de siste 10 årene har NKVTS startet opp implementering av TF-CBT i 72 av Norges 87 BUP-er (poliklinikker). Av disse 72 har vi fortsatt jevnlig kontakt med 68 BUP-er, mens 4 har trukket seg underveis. De 15 siste BUP-er har vi foreløpig ikke hatt kapasitet til å inkludere i prosjektet. Dette betyr at 78 % av norske BUP-er kan tilby TF-CBT i 2023. Som del av den administrative støtten beskrevet ovenfor har vi fremdeles implementeringsmøter med ledere og lokale TF-CBT-veiledere omtrent hver fjerde til sjette måned, og de sender oss fremdeles nye terapeuter til opplæring ved behov. Dette innebærer at av de BUP-ene hvor vi har startet opp implementering, kan 94 % fortsatt tilby TF-CBT.

Helt fra starten har det vært stor interesse for prosjektet, og fremdeles tar poliklinikker selv kontakt med oss for å bli med. Vi inkluderer fortsatt nye klinikker etter hvert som vi får ledig kapasitet, og vi planlegger også å tilby de BUP-ene som har måttet trekke seg, nye muligheter senere. Vi har også forsøkt å implementere TF-CBT i enkelte ambulante team, sengeposter og ett av Statens 11 barnehus. Av disse er det barnehuset som har lyktes best i å opprettholde implementeringen av TF-CBT over tid.

I dette prosjektet defineres implementeringen som vellykket dersom våre overordnede mål for implementeringen blir oppfylt: a) å øke klinikkens evne til å identifisere barn som har erfart traumer, og som har utviklet betydelige plager av disse, b) å tilby TF-CBT til målgruppen, c) å bruke TF-CBT med fidelitet (trofasthet til metoden) og d) at TF-CBT gjennomføres med god effekt over tid.

3.4.3 Har klinikkene blitt bedre til å identifisere barn som har erfart traumer, og som har utviklet betydelige plager av disse?

Selv om terapeuter sa at de opplevde å ha mange traumatiserte barn i klinikken (Hjemdal, 2006), erfarte vi i begynnelsen at det var få traumesaker som ble identifisert. Basert på studien som fant en stor diskrepans mellom barnas selvrapporterte traumer og hva som var nevnt i henvisning (Ormhaug et al., 2012), ble vi bekymret for at mange traumatiserte barn ikke ble identifisert gjennom de vanlige inntaksrutinene, og derfor kanskje ikke fikk tilstrekkelig behandling. Vi foreslo derfor at BUP-ene innførte rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende hendelser og symptomer på PTSD ved inntak slik at barnas traumeerfaringer ble inkludert i kliniske vurderinger om diagnose og behandlingsplan.

To år etter implementeringen av rutinemessig kartlegging av traumatiserende hendelser var det en økning i antall rapporterte tilfeller av fysisk barnemishandling, seksuelle overgrep utenfor familien, skremmende personlige erfaringer og PTSD (Bruun, 2020). Resultatene indikerer at et økt fokus på traumekartlegging kan føre til at terapeuter blir bedre til å identifisere barn og unge som har opplevd traumatiserende hendelser og strever med symptomer på PTSD. Samtidig viste resultatene at det var en tendens til stabilisering og nedgang i antall rapporteringer over tid. Det er altså viktig å kontinuerlig opprettholde arbeidet med kartlegging. I den senere tid har også Helsedirektoratet anbefalt at pasientforløpene inkluderer kartlegging av vold, overgrep og andre traumatiske erfaringer hos barn og voksne (Helsedirektoratet, 2022a, 2022b). Vi har ikke gjort en nylig systematisk undersøkelse av faktisk kartlegging, men vi har et tydelig inntrykk av at alle klinikkene som er med i prosjektet, kartlegger alle henviste barn for potensielt traumatiserende erfaringer. Vi vil derfor si at prosjektet har oppfylt dette målkriteriet.

3.4.4 Tilbys TF-CBT til målgruppen?

Det har vært vanskelig å samle inn data som kan gi oss informasjon om hvorvidt vi har oppnådd målsettingen om at barna som kan ha nytte av TF-CBT, tilbys dette. BUP har oversikt over antall henvisninger og barn de tilbyr behandling, men det er ingen systematisk registrering av hva slags intervensjoner som gis. Derfor har vi heller ikke gode data på hvor mange barn som faktisk får TF-CBT.

I en periode samlet vi inn data om hva som kunne være årsaker til at barn med betydelig nivå av symptomer på PTSD likevel ikke fikk tilbud om TF-CBT (vi har ikke reliable tall på hvor mange barn som i samme periode mottok TF-CBT). Vi ba terapeutene oppgi årsaken til at et utvalg av 2096 traumeutsatte barn ikke fikk TF-CBT, og den vanligste grunnen var at de fikk behandling for andre plager. Dette gjaldt 24 % (n = 507). Andre vanlige grunner var at behandlingsvalg var uavklart på tidspunktet besvarelsen ble gitt (16 %, n = 329), at barnet ble vurdert til å ikke ha behov for traumebehandling (14 %, n = 303), eller at barnet eller foreldrene ikke ønsket TF-CBT (9 %, n = 179). Noen barn ble henvist videre (7 %, n = 144). Det var også noen barn som fikk annen traumebehandling enn TF-CBT: 6 % (n = 129) fikk EMDR, og 5 % (n = 112) fikk annen traumebehandling. For 5 % (n = 114) av barna var situasjonen uavklart, og for 4 % (n = 77) var det ingen ledig TF-CBT-terapeut. For de resterende 11 % var det forskjellige andre grunner. Denne gjennomgangen viser at terapeuter gjør mange kliniske vurderinger før behandling tilbys. Det bør fremover undersøkes nærmere hvordan disse vurderingene tas, og hvordan det har gått med barn som er traumatiserte, men ikke har fått en traumefokusert intervensjon.

3.4.5 Gir terapeutene TF-CBT med trofasthet til metoden?

I vårt digitale monitoreringssystem utviklet for å hjelpe TF-CBT-terapeuter med å følge med på egen metodebruk og egne behandlingsresultater har vi samlet inn data på fidelitet til TF-CBT-komponenter for 9636 behandlingstimer med 1240 barn. Fideliteten var gjennomgående høy og ser ut til å ha holdt seg på rundt 90 % siden vi startet implementering i 2012 (Skar, Braathu, Jensen, et al., 2022). Dette betyr at opplæringsmodellen ser ut til å ha fungert godt, og at terapeutene har gitt TF-CBT med god fidelitet.

Det digitale monitoreringssystemet vårt har fungert godt for terapeuter under opplæring når TF-CBT-konsulentene bruker dette aktivt i veiledningen. Imidlertid har det vært svært vanskelig å motivere TF-CBT-terapeuter til å fortsette å bruke dette systemet etter opplæringsperioden fordi det har blitt opplevd som tidkrevende i en allerede travel hverdag med mange typer registreringer i ulike systemer. Dette betyr at vi i liten grad har data på metodebruk og behandlingseffekt etter opplæringsperioden. Det kan være at vi i studien som er nevnt ovenfor (Skar, Braathu, Jensen, et al., 2022), har fått mest data fra de mest ivrige TF-CBT-terapeutene samt de som er under

opplæring, og at våre resultater ikke er representative. Det er viktig å få mer kunnskap om gjennomføring av metoden.

3.4.6 Gjennomføres TF-CBT med samme effekt over tid?

Selv om en behandlingsmetode viser god effekt i strengt kontrollerte og randomiserte forskningsstudier, er det ikke alltid denne effekten opprettholdes når metoden blir brukt i vanlig behandlingskontekst over tid. For å undersøke dette kan vi sammenligne endring i symptomer på PTSD etter TF-CBT fra den norske randomiserte studien (Jensen et al., 2014) med tilsvarende data fra de ti årene med implementering (Skar, Braathu, Jensen, et al., 2022). I snitt gikk barnas symptomtrykk ned omtrent like mye i begge periodene. Dette indikerer at bedringen hos de pasientene som har fått TF-CBT de senere årene, har holdt seg på samme nivå som hos pasientene som deltok i den første norske studien. Imidlertid må disse resultatene tolkes med forsiktighet, fordi terapeutene ikke har registrert symptomnivå på slutt-tidspunktet for omtrent halvparten av de 1240 barna som påbegynte TF-CBT (Skar, Braathu, Jensen, et al., 2022). Vi vet ikke hvorfor sluttmålinger ikke er gjennomført, men dette tyder på at vi ikke har lykkes med å implementere gode nok evaluerings- og/eller registreringsrutiner.

Vi har også undersøkt sammenhengen mellom implementeringsstrategier og behandlingsutfall. Perioden med mindre veiledning av både terapeuter og ledere var forbundet med de dårligste resultatene for barn, målt gjennom nedgang i symptomer på PTSD (Skar, Braathu, Jensen, et al., 2022). Veiledning basert på time-for-time-lytting til terapiopptak ga bedre terapiutfall enn veiledning basert på terapeutenes egenrapport fra terapitimer. Dette gjaldt også i den perioden der lederne hadde fått omfattende veiledning. Dette indikerer at veiledning basert på lytting til terapiopptak der terapeutene kan få direkte tilbakemelding på det de gjør helt konkret, har stor betydning for behandlingsutfall.

3.4.7 Innspill fra terapeuter og ledere

Terapeutene som deltok i referansegruppene, fortalte oss at de var meget fornøyde med opplæringen og den systematiske gruppeveiledningen basert på lydopptak. De opplevde at dette bidro til å styrke deres generelle terapeutiske ferdigheter, gjøre dem tryggere på metoden og gjøre det lettere for dem å opprettholde fidelitet. Det å få gruppeveiledning gjorde også at de lærte av hverandre. TF-CBT opplevdes som nyttig for flere ulike typer saker,

fra de med enkeltstående traumer til de med interpersonlige traumer eller der hvor omsorgsbasen var mer ustabil. Terapeutene opplevde at de klarte å tilpasse metoden til den enkelte families behov. Tilbakemeldingene fra lederne var også jevnt over gode. De opplevde kriteriene for deltakelse i opplæringen som tydelige, og dette har gjort at det er motiverte terapeuter som deltar. Lederne ønsket seg jevnt over mer oppfølging av sine terapeuter etter at perioden med ukentlig veiledning er over. Noen av lederne ønsket også mer innsikt i progresjonen i opplæringsprosessen til terapeutene, for å eventuelt kunne følge opp dette bedre ved behov.

3.4.8 Diskusjon av funn knyttet til implementering

Vi vet ikke om andre land som implementerer TF-CBT på samme omfattende måte som oss, og det er derfor vanskelig å gjøre direkte sammenligninger. Noen steder brukes det nettbasert undervisning, telefon-konsultasjoner (veiledning), lokale læringsnettverk på tvers av instanser eller en kombinasjon av disse (learning collaboratives) (Cohen & Mannarino, 2008; Fritz et al., 2013; Sigel, Benton, et al., 2013; Sigel, Kramer, et al., 2013). Avhengig av kontekstuelle og økonomiske faktorer har det blitt brukt litt ulike implementeringsstrategier. En oversiktsstudie fra 2013 konkluderte med at det viktigste tiltaket på tvers av disse var å endre klinikkens kultur til å være positiv til evidensbasert praksis (Sigel, Benton, et al., 2013). I en ny oversiktstudie av implementering av traumefokuserte behandlinger (Ackland et al., 2023) ble det funnet at veiledning basert på lydopptak hang sammen med terapeutenes opplevelse av egne ferdigheter. Dette stemmer godt med våre resultater.

Våre erfaringer er også i tråd med de internasjonale studiene som tyder på at det ikke er tilstrekkelig med opplæring i TF-CBT for at metoden skal bli brukt i praksis over tid. I flere studier av en opplæringsmodell bestående av kurs og telefonkonsultasjoner er det funnet at kun et mindretall av de som deltok på kurs, møtte opp på telefonkonsultasjoner og gjennomgikk opplæringen (28–35 %), og enda færre fullførte et behandlingsforløp mens de var i opplæring (Barnett et al., 2019; Miron & Scheeringa, 2019). For de som gjennomførte utdanningen, var de kliniske resultatene gode. I likhet med det vi har erfart, var det i disse studiene vanskelig å få terapeuter til å registrere behandlingsresultater. Til sammen bekrefter disse studiene våre erfaringer med at det er nødvendig å implementere behandlingsmetoder i organisasjoner, heller enn kun å tilby kurs (eventuelt med telefonkonsultasjoner) for enkeltterapeuter.

De fleste BUP-ene i Norge er nå i en vedlikeholdsfasen av implementering av TF-CBT. Det er mange implementeringsprosjekter som opplever store utfordringer i denne fasen av implementeringen. En oversiktsstudie av 861 enheter som tilbød offentlige helsetjenester, viste at kun 22 % opprettholdt metoden 2 år etter ferdig opplæring (Wong et al., 2022). I andre studier har det blitt funnet at rundt 40–60 % av enheter rapporterer at de fortsetter å bruke metoden til en viss grad 1–6 år etter ferdig opplæring (Scheirer, 2005). At hele 94 % av klinikkene i vårt prosjekt fortsatt kan tilby TF-CBT, regner vi som et svært positivt resultat, til tross for at vi vet mindre om faktisk og konkret bruk av TF-CBT i klinikkene.

3.4.9 Oppsummering av implementeringsstrategier og implementeringsresultater

- Vi brukte Fixsens Core Implementation Components (Fixsen et al., 2009) og implementeringsmodellen EPIS (EPIS: Exploration, Preparation, Implementation, and Sustainment; Aarons et al., 2011) da vi skulle velge implementeringsstrategier for å implementere TF-CBT i BUP.
- NKVTS har startet opp med implementering av TF-CBT i 72 av Norges 87 BUP-er, og i begynnelsen av 2024 kan 78 % av norske BUP-er tilby TF-CBT.
- Når det gjelder vedlikehold av TF-CBT-tilbudet på klinikkene, er det etter 10 år kun 4 av 72 BUP-er som har trukket seg underveis.
- Prosjektet har bidratt til å øke klinikkens evne til å identifisere barn som har erfart traumer, og som har utviklet betydelige plager av disse.
- Vi har ikke gode nok data til å si at TF-CBT tilbys til alle som kunne ha nytte av det.
- Bedringen hos barna som har fått TF-CBT de senere årene, har holdt seg på samme nivå som hos barna som deltok i den første norske studien.
- Opplæringsmodellen ser ut til å ha fungert godt, og terapeutene har gitt TF-CBT med god troskap (fidelitet) til metoden.
- TF-CBT kan læres og gi gode resultater uavhengig av terapeuters teoretiske bakgrunn og kliniske erfaring.

4 Styrker og begrensninger ved prosjektet

Den største styrken ved dette implementeringsprosjektet er det tette samarbeidet mellom praksisfeltet og forskningen. Prosjektet sprang ut fra et opplevd behov hos berørte av vold og traumer (Glad et al., 2009; Jensen et al., 2008) samt terapeutene i tjenestene (Hjemdal, 2006). Flere av utfordringene som har dukket opp underveis i implementeringsperioden, for eksempel knyttet til kartlegging og gjennomføring av TF-CBT, har vi kunnet undersøke empirisk. Som eksempel kan det nevnes at terapeuter var usikre på om det var hensiktsmessig å spørre alle barn om deres traumeerfaringer. Noen terapeuter lurte på om dette ville være ubehagelig for barna og kanskje retraumatisere dem. Vi samlet derfor inn data fra over 10 000 barn, og fant ut at barn og unge ikke blir spesielt opprørte av å bli spurt om traumeerfaringer og symptomer på PTSD. En annet eksempel er da terapeuter var usikre på om det å snakke direkte om traumet (eksponering) kunne ødelegge alliansen mellom terapeuten og barnet. Vår forskning viste at barna ikke opplever svakere allianse med terapeuten under eksponering. Dette var kunnskap som vi brakte tilbake til BUP-lederne og terapeutene gjennom vår opplæring og formidling. Dette samspillet har gitt ny kunnskap som har vært relevant for terapeutene og barna som mottar traumebehandling. Det tette samarbeidet mellom forskning og praksis har altså skapt både relevante forskningsspørsmål og gjort at klinikkene får rask tilgang til oppdatert kunnskap.

En annen styrke er at vi har brukt implementeringsrammeverk som utgangspunkt for å velge implementeringsstrategier. Men også her har det tette samarbeidet mellom praksisfeltet og forskningen vært nyttig. Terapeuter fortalte oss at de hadde behov for mer støtte fra ledelsen på BUP for å kunne få gjennomført TF-CBT. Vi valgte derfor å teste ut og forske på en implementeringsstrategi hvor førstelinjeledere mottar trening i implementeringsledelse og i hvordan ledelsen på flere nivåer kan jobbe for et godt klima for implementering. Forskningen vår tydet på at det at lederne får denne opplæringen, kan bidra til at terapeuter opplever at TF-CBT og andre evidensbaserte metoder er egnet og mulig å bruke i klinikkene. Fokus på ledelse har bidratt til at vi har fått gode resultater, og at TF-CBT fortsatt implementeres i de aller fleste av BUP-ene vi har startet opp i.

Vi har implementert TF-CBT i store og små BUP-er på tvers av alle helseforetakene i landet, noe som bidrar til et likeverdig helsetilbud. Vi har i liten grad markedsført tilbudet – flere BUP-er enn vi har hatt kapasitet til å inkludere i implementeringsprosjektet, har tatt kontakt med oss med ønske om å delta. Vi har generelt opplevd å bli godt tatt imot av BUP-ene, og de har vært positive og motiverte til å implementere evidensbaserte metoder for traumebehandling på klinikken. I begynnelsen opplevde vi en viss skepsis mot bruk av manualer i behandling, men denne avtok ettersom terapeutene fikk erfaring med at manualen kan brukes fleksibelt, og at den var til hjelp. Vi har også møtt mye velvilje når det gjelder deltakelse i forskning.

Når det gjelder forskningen, er det en styrke at vi startet med å gjøre en randomisert kontrollert studie hvor vi brukte en aktiv kontrollgruppe (vanlig behandling) som sammenligningsgrunnlag. Det er også en styrke at all forskningen vi har gjort, har vært naturalistisk. Det vil si at forskningen har foregått på behandling slik den faktisk foregår ute i vanlige klinikker, fremfor på forskningsklinikker eller med spesielt utvalgte deltakere. Dette gjør resultatene generaliserbare til pasienter som blir henvist til vanlige klinikker. Vi har samlet inn kvalitative data og observasjonsdata og ikke minst kvantitative data på flere tidspunkter enn bare før og etter behandling. Det at vi har hatt flere måletidspunkter underveis under behandlingen har gjort det mulig å se på endring underveis og i større grad knytte endringen til prosesser i behandlingen. Vi har også benyttet mange ulike metodiske tilnærminger for å utforske prosesser og endring i behandling. Vi har brukt state of the art-analyser som fortolkende fenomenologisk analyse, mixed effects-analyser, vekstkurveanalyser, latent klasse-analyser og nettverksanalyser til å analysere disse dataene. En fordel med flere av disse analysene er at de gir mulighet til å undersøke endringer innad i personer heller enn kun endring på gruppenivå. Dette er avgjørende for å forstå endring i behandling.

En annen styrke er at vi i tillegg til å forske på behandlingseffekt og prosesser også har forsket på implementeringen av metoden. Implementeringsforskning trekkes frem som et avgjørende forskningsfelt for å bidra til å forstå hvordan man kan gjennomføre endringer og ta i bruk kunnskapsbasert praksis. Studien der vi undersøkte implementeringsledelse (LOCI) som implementeringsstrategi, er en av de første store implementeringsstudiene i norsk kontekst som har brukt et randomisert kontrollert design.

Ingenting av dette ville vært mulig om vi ikke hadde hatt stabil finansiering fra Helsedirektoratet. Det har bidratt til at vi har kunne legge planer om langvarig oppfølging og vedlikehold av kompetansen i klinikkene. Vi har også kunnet etablere et sentralt ressursmiljø hos oss på NKVTS.

Det er også noen potensielle begrensninger ved prosjektet. Flere av de longitudinelle studiene har betydelig frafall underveis. For mange barn og unge har det ikke blitt samlet inn informasjon om symptomer på PTSD ved avslutningen av behandlingen. Vi vet ikke om de ikke har svart fordi de droppet ut av behandlingen, eller om behandlingen ble fullført uten å undersøke symptomer på PTSD ved avslutning.

Det at vi ikke har informasjon om hvor mange barn som faktisk mottar TF-CBT, gjør det vanskelig å måle om implementeringsinnsatsen terapeuter, ledere og NKVTS legger inn, er verdt tiden det tar, eller om implementeringsstrategiene kan tilpasses bedre og ressursene brukes mer effektivt.

At det ikke har vært en systematisk innsamling av de samme implementeringsdataene gjennom hele perioden, har også gjort det vanskelig å få helt presis informasjon om effekten av de ulike strategiene. Siden implementeringsfeltet fortsatt er ganske ungt, har det, i hvert fall de første årene av dette prosjektet, manglet gode instrumenter og enighet om hvordan evaluere en implementeringsprosess.

5 Konklusjoner og implikasjoner

I denne rapporten har vi beskrevet 15 år med forskning på, og implementering av, TF-CBT i Norge. Resultatdelen har vi delt inn i fire hoveddeler: effekt, brukererfaringer, terapeutiske prosesser og implementering, og vi har diskutert underveis hvordan man kan forstå resultatene våre knyttet til disse temaene. Disse delene er basert på fagfellevurderte vitenskapelige artikler som allerede er publisert, eller hovedoppgaver (for liste med publikasjoner, se Appendiks 1). Hver av delene inneholder også en punktvis oppsummering. I dette avsluttende kapittelet vil vi derfor kun formidle noen overordnede konklusjoner og gi noen anbefalinger til praksisfeltet og videre forskning.

5.1 Konklusjoner

5.1.1 TF-CBT er en nyttig behandling for en rekke traumerelaterte plager

Forskningsresultatene viser at TF-CBT er en hjelpsom behandling for en rekke traumerelaterte plager. Den er også kostnadseffektiv sammenlignet med vanlig behandling. Forskingen vår tyder på at barn, foreldre og terapeuter generelt sett er fornøyd med TF-CBT, og opplever god effekt av behandlingen. Det er derfor gode grunner til at tilbudet om TF-CBT opprettholdes i klinikkene slik at barn som trenger det, kan få nytte av behandlingen.

5.1.2 Endring under TF-CBT skjer sannsynligvis som et resultat av et samspill mellom flere prosesser

Det er sannsynligvis flere mekanismer som bidrar til endring under TF-CBT. Det å oppleve at det går an å snakke om det vanskelige og å få hjelp til å forstå hva som skjedde, ser ut til være viktig for bedring av symptomer på PTSD. En god relasjon er nødvendig for å få gjennomført behandlingen, hvor både eksponering for traumeminner og kognitiv bearbeiding av uohensiktsmessige traumerelaterte tanker er viktige komponenter. Foreldre eller andre omsorgsgivere kan være en viktig støtte underveis, men er ikke tilstrekkelig eller nødvendig for at barnet skal få god effekt av traumebehandling.

5.1.3 Implementering av evidensbaserte behandlingsmodeller er mulig

Våre erfaringer viser at det er mulig å implementere evidensbaserte behandlingsmodeller i de norske helsetjenestene. Imidlertid er det nødvendig å bruke gode implementeringsmodeller, ha et faglig sterkt implementerings-team, ha gode systemer for evaluering og tilbakemeldinger til klinikkene og gjennomføre systematiske vurderinger av metodetroskap (fidelitet) og effekt. For å opprettholde implementering må terapeuter gis gode rammebetingelser for opplæring og veiledning, og klinikkledere må støtte opp om implementeringsprosessen.

5.2 Anbefalinger for videre bruk av TF-CBT i praksisfeltet

5.2.1 Fortsett å kartlegge for traumeerfaringer og symptomer på PTSD

Vi anbefaler fortsatt rutinekartlegging av potensielt traumatiserende hendelser og symptomer på PTSD. Kun på denne måten har vi mulighet til å få informasjonen som er nødvendig for å kunne vurdere om et barn har behov for traumefokusert behandling. Mange barn forteller ikke om traumatiserende erfaringer på eget initiativ, og må bli spurt direkte. Barn blir ikke spesielt opprørte over å bli spurt om traumeerfaringer og symptomer på PTSD. Det er ikke holdepunkter i litteraturen for å vurdere alvorlighetsgraden av symptomer på PTSD basert på typen traumatiserende opplevelse barnet har opplevd. Barn kan utvikle KPTSD av selv enkelthendelser. Vi anbefaler derfor at terapeuter kartlegger symptomuttrykk selv om hendelsen barnet forteller om, tilsynelatende ikke virker særlig alvorlig eller skremmende. En slik kartlegging tar ikke mye tid og er viktig for å kunne gjøre en god klinisk vurdering av behandlingstilbud.

5.2.2 Vurder å tilby TF-CBT eller annen traumefokusert behandling til alle barn med symptomer på PTSD

En utfordring vi har sett, er at barn med betydelige symptomer på PTSD ikke blir tilbudt TF-CBT fordi de enten har opplevd en hendelse som terapeuten vurderer som lite traumatiserende, eller de har et høyt symptomtrykk eller har utviklet komorbide tilstander. Det er to fallgruver man kan gå i. Noen terapeuter kan tenke at et barn som kun har opplevd et enkelttraume, for

eksempel en ubehagelig sykehusinnleggelse med operasjon, ikke kan ha plagsomme nok symptomer til at barnet har behov for et tilbud om TF-CBT. Andre kan vurdere at barn som har opplevd interpersonlige eller mange ulike traumer over tid trenger, andre tiltak. På tross av at TF-CBT er utviklet for barn som har opplevd seksuelle overgrep og andre interpersonlige traumer, så er det en utbredt oppfatning at metoden kun egner seg for «ukompliserte» enkelttraumer. Dette stemmer ikke med litteraturen på området. Tvert imot viser oversiktsartikler at traumefokuserte behandlinger for barn, som TF-CBT, ikke er mindre effektive for dem som har opplevd mange traumatiserende hendelser, sammenlignet med de som har opplevd kun én slik hendelse (Bennett et al., 2020; de Haan et al., 2023; Hoppen et al., 2023; Murray et al., 2022). Det er svært uheldig dersom de barna som trenger det mest, ikke får tilbud om effektiv behandling. Det er derfor viktig at man ikke bruker traumehendelsene i seg selv som indikator på om TF-CBT er egnet eller ikke. Vi anbefaler heller å undersøke hvordan traumeerfaringene har virket inn på barnet, og dersom barnet har symptomer på PTSD, bør man vurdere om man skal gi barnet tilbud om TF-CBT eller annen evidensbasert traumebehandling.

Når det gjelder samtidige psykiske lidelser slik som psykose, spiseforstyrrelser eller rus, bør terapeuten vurdere om symptomer og funksjonsnedsettelse er så alvorlig at det er fare for liv og helse. Vansker med for eksempel mat og rus kan skyldes underliggende traumeproblematikk og kan forståes som strategier for å håndtere symptomer på PTSD. Men dersom terapeuten vurderer at de samtidige psykiske lidelsene medfører fare for liv og helse, bør disse behandles og være håndterbare før oppstart av traumebehandling. Vurder likevel om noen av ferdighetskomponentene kan brukes samtidig for å hjelpe barnet til å håndtere stress og traumeopåminnere.

Vi vil også gjøre terapeuter oppmerksom på at valg av diagnostisk system kan ha betydning for om barnet tilfredsstiller kriterier for PTSD. ICD-11-kriterier for PTSD ser ut til å være mer restriktive enn DSM-5-kriteriene for PTSD. Imidlertid viser forskning at traumer hos barn også kan lede til andre plager enn PTSD, for eksempel depresjon, angst eller oppmerksomhetsvansker (Briggs-Gowan et al., 2015; Vibhakar et al., 2019). De vanligste traumebehandlingene (TF-CBT og EMDR) har vist seg å ha positive effekter også på disse plagene (Raissouni et al., 2023; Thielemann et al., 2022). Vi vil derfor anbefale å ikke bruke tilfredsstillelse av ICD-11-kriterier for PTSD som eneste betingelse for å tilby evidensbasert behandling, men at behandlere gjør en

bredere klinisk vurdering av om barnet har symptomer på PTSD av noe lavere alvorlighetsgrad, eller andre traumerelaterte plager, som kan avhjelpes med evidensbasert traumebehandling.

5.2.3 Ikke modeller unngåelse

Eksposering er en viktig del av traumefokuserte behandlinger mot PTSD. Noen terapeuter kan være bekymret for om det å snakke om barnets traumeopplevelser direkte kan svekke den terapeutiske alliansen eller forverre barnets symptomer (Frank et al., 2021). Det er lite forskningsstøtte for at det å snakke om traumet svekker alliansen (Chen et al., 2020; Ovenstad et al., 2020). Dette er gode nyheter for terapeuter som er bekymret for at det å snakke om traumet kan forstyrre utvikling av en god relasjon (Becker et al., 2004; Feeny et al., 2003), og derfor kanskje kan vurdere det som tryggest å unngå eksponeringsbaserte intervensjoner (Hultmann et al., 2014; Kendall et al., 2009).

Vegringen mot å snakke om og bruke traumefokuserte intervensjoner er ikke ukjent fra andre internasjonale studier og kan handle om terapeuters egne følelser og en opplevelse av manglende kompetanse (Borntrager et al., 2013; Last et al., 2021; Patel et al., 2022). Selv motiverte terapeuter som har fått opplæring i TF-CBT, kan være tilbakeholde med å bruke eksponering. En studie fant at eksponering (traumenarrativ og kognitiv prosessering) er den TF-CBT-komponenten som blir opplevd som vanskeligst (Ascienzo et al., 2020), og at terapeutene ga denne komponenten kun til omtrent halvparten av pasientene sine med PTSD (Last et al., 2021).

Våre studier viser at barna selv opplever at prosessering av traumeminner er den emosjonelt vanskeligste delen av terapien, men også den de oppfatter at hjelper dem mest. Arbeidet med narrativet bidrar også til at barna konstruerer en mer sammenhengende historie som hjelper dem i meningsskaping og til å kommunisere med andre om sine erfaringer. Dette er ikke bare viktig for fremtidig utvikling, men kan også forebygge reviktimisering (å bli utsatt for nye hendelser), muligens fordi viktige kommunikasjonskanaler til betydningsfulle andre er åpnet. Det er derfor nødvendig at terapeutene får den støtten de har behov for, fra organisasjonen og ledelsen. Det er nødvendig at terapeuter får rom til å bruke behandlingen slik den er tenkt. For eksempel innebærer eksponering at terapien gis konsentrert og ikke spres over tid for å

tilfredsstillende klinikkens behov for å ikke bryte ventelistefrister. Dette kan redusere gjentatte henvisninger og være tids- og ressursbesparende på sikt.

5.2.4 Bruk fleksibiliteten som ligger i TF-CBT

Det er viktig å få frem at TF-CBT er en fleksibel modell som passer til mange. TF-CBT består av en rekke komponenter, og behandlingen kan, avhengig av barnets symptombylde, alder og omsorgssituasjon, tilpasses det enkelte barn. For barn som for eksempel ikke har reguleringsvansker, trenger man ikke bruke mye tid på stresshåndtering. For mange barn endres uhenksommessige tanker seg tidlig i terapiforløpet, og de har derfor ikke behov for videre kognitiv prosessering av disse senere i forløpet. Formen for kommunikasjon kan også tilpasses barnet. Noen barn er verbale og liker godt å snakke, mens andre liker å utrykke seg via lek eller tegning. Behandlingsprinsippene og de antatte virkningsmekanismene er ikke knyttet til en spesifikk modalitet for behandling. Det ligger en stor fleksibilitet i modellen, og vi mener at terapeuter som har fått tid og rom til å lære seg å benytte seg av denne fleksibiliteten, vil oppleve at de har verktøy til å møte de aller fleste traumeutsatte barn på en god måte. Det kan være nyttig å skille mellom modifikasjoner hvor kjerneelementene fortsatt beholdes, og modifikasjoner som fjerner kjerneelementer eller integrerer nye elementer som ikke deler samme underliggende endringsteori (Wiltsey Stirman, 2022). Det kan tenkes at noen tilpasninger øker gjennomførbarhet, aksept og tilfredshet med behandlingen, men gir mindre positive kliniske behandlingsresultater. For eksempel kan det å ta ut bearbeidingsfasen med eksponering fra TF-CBT øke gjennomførbarhet og aksept for resten av behandlingen, men dersom eksponering er avgjørende for å få til endring, vil behandlingen totalt sett være mindre effektiv enn den ville vært dersom denne komponenten ble beholdt. For eksempler på hvordan TF-CBT kan tilpasses barn med komplekse traumer, se artikkelen til Fagermoen med kolleger (Fagermoen et al., 2017). For flere eksempler på hvordan TF-CBT kan tilpasses ulike kontekster, se Cohen med kolleger (Cohen et al., 2012). Også annen litteratur om hvordan kognitiv atferdsterapi for PTSD kan tilpasses ulike situasjoner, kan være nyttig (Murray & El-Leithy, 2022). Terapeuter som bruker fleksibiliteten som ligger i TF-CBT, vil oppleve at det er rom for å utøve stor grad av autonomi og stadig videreutvikle sin egen kompetanse innenfor evidensbaserte behandlingsmetoder.

5.2.5 Klinikleder må ta ansvar for implementeringen av TF-CBT

Lederne ser ut til å ha en spesielt viktig rolle for implementering av TF-CBT. Vi erfarte at lederne på BUP-ene var engasjerte og ønsket implementering av TF-CBT i sin BUP. I en hektisk BUP-hverdag kan det imidlertid være utfordrende å følge opp over tid når det gjelder for eksempel å utvikle og opprettholde rutiner og systemer, ivareta intern kommunikasjon og støtte, sørge for opplæring av nyansatte, jobbe med holdninger og kultur samt bidra til organisasjonens læringsprosess. Det er derfor nødvendig at lederen får opplæring i implementeringsledelse, og med jevne mellomrom får mulighet til å drøfte barrierer for implementering og hvordan håndtere disse. Det er også nødvendig å ha en plan for inkludering av nye ledere i prosjektet.

5.2.6 Myndighetene må fortsette å sikre implementeringen av TF-CBT

I løpet av 15 år med forskning og implementering av TF-CBT i BUP har vi kommet langt, og i mange BUP-er finnes det nå god kunnskap om kartlegging og behandling av PTSD. Vi ser imidlertid også at kunnskapen raskt forvitrer dersom fokuset på implementering av TF-CBT ikke opprettholdes. Vi anbefaler myndighetene å sikre den videre implementeringen av og forskningen på TF-CBT. Det må fortsatt holdes fokus på bruken av TF-CBT dersom TF-CBT skal fortsette å være et tilgjengelig behandlingstilbud over hele landet.

5.3 Anbefalinger ved implementering av andre evidensbaserte behandlingsmetoder

I løpet av perioden vi har implementert TF-CBT i BUP, har vi opparbeidet oss erfaringer som kan ha overføringsverdi til andre som skal implementere evidensbaserte behandlingsmetoder i helsetjenestene. Fordi det er stor variasjon i behandlingstilbud for psykisk helse (Riksrevisjonen, 2021), nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet i 2022 et utvalg som vurderte mulighetene for en sterkere tematisk organisering i psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Målet var å forbedre behandlingskvaliteten og tilgangen på rask behandling. En av anbefalingene fra rapporten er at det er behov for en sterkere faglig team-organisering, der behandlere i større grad samarbeider om hvert enkelt forløp, og der det investeres i behandleres fordypning, mengdetrening og utvikling av spisskompetanse i behandling av spesifikke tilstander eller problemstillinger. Dette er i tråd med våre erfaringer. Gjennom 15 år med forskning på og systematisk implementering av TF-CBT har vi sett at det er mulig å gi god og forsvarlig evidensbasert

behandling i spesialisthelsetjenesten innenfor en generalistmodell, men at dette krever gode rutiner, god og spesialisert opplæring og god lederstøtte. Det krever også at implementeringsbarrierer undersøkes og arbeides systematisk med. Nedenfor vil vi oppsummere noen av anbefalingene våre.

5.3.1 Gi tilstrekkelig opplæring i behandlingsmetoden

For at terapeuter skal lære seg en ny behandlingsmetode, er det nyttig å øve på problemløsning (Ascienzo et al., 2020). Det er også nødvendig med veiledning i bruk av faktiske ferdigheter i reell behandling (Husby & Vaz, 2021). Det må derfor settes av tilstrekkelig med ressurser til opplæring, ferdighetslæring og systematisk veiledning. Resultater fra våre og andre studier tyder på at veiledning basert på direkte tilbakemeldinger fra terapiopptak gir de beste behandlingsresultatene (Ackland et al., 2023; Skar, Braathu, Jensen, et al., 2022). Antagelig vil slik veiledning ikke bare gi økt kompetanse i en behandlingsmodell, men også bedre generelle terapeutferdigheter på sikt. Hva som er en bærekraftig balanse mellom ressursbruk og effekt, er uklart, men vi anbefaler andre som vil implementere evidensbaserte behandlingsmetoder, å ha en god strategi for opplæring og veiledning, både på terapeut- og ledernivå – og kontinuerlig evaluere disse.

5.3.2 Klinikledere må ta en aktiv rolle i implementering

Det hjelper ikke å ha kompetente terapeuter på klinikken dersom de barna som kan ha nytte av behandlingsmetoden, ikke blir identifisert og får tilbud om behandling hos en av terapeutene som er opplært i metoden. Terapeutene må også ha anledning til å anvende metoden og ha et faglig felleskap der de kan diskutere problemstillinger knyttet til behandlingen. For å oppnå dette er det avgjørende at ledelsen i organisasjonen har et fokus på implementeringsledelse. Det er helt nødvendig at lederen arbeider med utvikling og opprettholdelse av rutiner og system, ivaretar intern kommunikasjon og støtte, jobber med holdninger og kultur samt bidrar til organisasjonens læringsprosess. Det er ikke gitt at ledere har den nødvendige kompetansen om dette, men forskningen vår tyder på at man gjennom bruk av implementeringslederprogrammer som LOCI kan gi ledere den støtten de trenger for å lede implementering av evidensbaserte behandlingsmetoder (Egeland et al., 2023; Skar, Braathu, Peters, et al., 2022).

Utskiftning av ledere kan medføre endringer i organisasjonens prioriteringer og lavere forpliktelse til metoden og målinger av implementeringskvalitet

(Pascoe et al., 2021). Vår erfaring er også at utskiftning av ledere er et kritisk punkt når det gjelder vedlikehold av implementering. Det er derfor nyttig at også overordnet leder er involvert i implementeringsarbeidet. Overordnet leder kan bidra til vedlikehold ved å legge til rette for at den nye lederen får kunnskap om hva som skal til for å videreføre implementeringen. Gode implementeringsplaner og bruk av kunnskapsbasert praksis i definerte målsetninger og årsplaner vil kunne sikre bærekraft dersom overordnet leder slutter.

5.3.3 Implementeringsstrategier bør evalueres

Implementering er ressurskrevende. Det kan være utfordrende å identifisere hvilke implementeringsstrategier som best kan legge til rette for å opprettholde metodene. Implementeringsstrategiene må også tilpasses konteksten som en behandlingsmetode skal implementeres i. Konteksten kan også endre seg over tid. Det er derfor nødvendig å legge inn systemer som gjør det mulig å evaluere effekten av de valgte implementeringsstrategiene. Dersom en metode ikke har den ønskede effekten, kan det være fordi a) metoden ikke er virksom for den aktuelle pasienten, eller b) terapeuten har ikke brukt metoden slik den er tenkt. Det er derfor nødvendig å registrere både om barna blir bedre, og hvordan terapeutene bruker metoden (fidelitet). Dersom få pasienter får tilbud om behandlingen eller fideliteten er lav, kan det tenkes at klinikken ikke legger godt nok til rette for gjennomføring av behandlingsmetoden, og det er behov for justering av implementeringsstrategiene. Det er altså nødvendig å følge med på implementeringskvaliteten samtidig som man implementerer (Sørli et al., 2010). Det betyr også at det er nødvendig å samle data om hvorvidt behandlingen som gis, er virksom.

Det kan være en utfordring for klinikere å finne tid til å registrere fidelitet og pasientbedring i en travel hverdag (Barnett et al., 2019; Sigel, Benton, et al., 2013). Registreringen må derfor være så enkel som mulig samtidig som informasjonen som samles inn, oppleves som nyttig og relevant for terapeutene og pasientene. En måte å løse dette på er å tilrettelegge for registrering i tilknytning til journalføring som terapeutene uansett gjør.

5.3.4 Det bør være et sentralt ressursmiljø

Ansvar for implementeringen av TF-CBT i BUP-ene har ligget hos NKVTS, som er et nasjonalt forskningsinstitutt med vold og traumer som fokusområder. Dette har hatt flere fordeler. For det første har forskerne og

psykologspesialistene som initierte prosjektet, integrert behandling, implementering og forskning helt fra starten. Prosjektet begynte med en effektivitetsstudie som stadfestet at metoden var mer effektiv enn behandling som vanligvis ble gitt på den tiden. Samtidig som vi har implementert TF-CBT, har vi gjort følgeforskning om kartlegging og diagnoser, behandlingseffekt, behandlingsprosesser og implementering. At det er ansatte ved NKVTS som har ledet implementeringen, har gjort det mulig å ha et tydelig forskningsblikk på utfordringer og problemstillinger ute i klinikkene. Forskerne har kunnet sette i gang forskningsprosjekter som har skaffet ny og relevant kunnskap til klinikkene. Dette har resultert i systemendringer i klinikkene som har kommet traumatiserte barn og familier til gode. Dette illustrerer verdien av tett samarbeid mellom klinikk og forskning for å stadig forbedre behandlingstilbudet til traumatiserte barn.

For det andre har det å ha et sentralisert og solid ressursmiljø som leder implementeringen, sikret at implementerings- og opplæringsmodellen gjennomføres på en enhetlig måte i klinikkene. Dette sikrer et likeverdig behandlingstilbud for barn og familier over hele landet. Felles utfordringer på tvers av BUP-er har blitt identifisert, og vi har kunnet foreslå tiltak som har vært nyttig andre steder.

For det tredje har det at implementeringsteamet har vært lokalisert sammen med et nasjonalt forskningscenter for vold og traumer, bidratt til at implementeringsteamet har holdt seg oppdatert om forskningslitteratur på traumefeltet.

Det at NKVTS har hatt stabil finansiering til prosjektet, har vært avgjørende for å kunne tilby stadig flere BUP-er implementering og for å kunne vedlikeholde kompetansen og tilbudet om TF-CBT i BUP-ene over tid. Å ha et sentralt tematisk organisert ressursmiljø som har nasjonalt ansvar for forskning på, opplæring i og implementering av evidensbaserte behandlingsmetoder i de desentraliserte helsetjenestene, kan altså ha flere fordeler. Man kan likevel spørre seg hvilke oppgaver som bør ligge hvor i det norske helsesystemet for å få en effektiv og bærekraftig modell for implementering. Det kan hende at dette er avhengig av hvilken fase implementeringen er i. For eksempel kan det tenkes at i de første fasene av implementeringsprosessen, inntil alle aktuelle enheter har blitt innlemmet i prosjektet og fått opplæring, er det mest hensiktsmessig med en sentralisert organisering av implementeringen.

I vedlikeholdsfasen av implementeringen er det kanskje tilstrekkelig å ha et sentralt ressursmiljø som er koblet til evaluering og forskning, mens mer lokale enheter står for oppfølging av ledere og vedlikehold av terapeuters kompetanse i sin region. Det vil nok fremdeles være behov for at et sentralt ressursmiljø har et overordnet ansvar for å påse kontinuerlig opplæring og veiledning i metoden. Det vil nok også være behov for betydelig samarbeid mellom instanser som for eksempel kommunale lavterskeltilbud for psykisk helse, barnevern og BUP – en anbefaling som er støttet i en rekke implementeringsrammeverk, eksempelvis EPIS som vi har lent oss på i dette implementeringsprosjektet. Det bør undersøkes om lokale enheter sin kompetanse kan utnyttes enda bedre gjennom å etablere lokale TF-CBT-team, som kan ligne på «learning collaboratives», hvor ledere, henvisende instanser og terapeuter samles for å lære, bruke og dele metoder samt dele ideer for forbedring av praksis (Dopp et al., 2017; Wells et al., 2018).

Implementering involverer mange mennesker og er svært tidkrevende, både for de som lærer opp, og for organisasjonen og terapeutene som skal gjennomføre behandlingen. For at det skal være verdt denne innsatsen, er det nødvendig å bruke effektive implementeringsstrategier, og å sikre at de metodene som implementeres, har dokumentert effekt. Videre er det nødvendig å integrere forskning i behandlingen slik at ny kunnskap kan fremskaffes og omsettes raskt i klinisk praksis.

Vi vil dessuten appellere til bevilgende myndigheter om at også andre forsknings- og fagutviklingsmiljøer får anledning til å implementere evidensbaserte behandlingsmetoder som er utviklet for andre tilstandsbilder. Gjennom dette vil vi kunne gi best mulig behandling til enda flere som strever med psykiske lidelser av ulike typer.

5.4 Anbefalinger for videre forskning på TF-CBT i Norge og internasjonalt

Selv om TF-CBT har god effekt for mange, er det fremdeles noen som ikke opplever den ønskede effekten. Et lite mindretall av deltakerne i vår randomiserte kontrollerte studie, omtrent 20 %, opplevde mindre bedring etter TF-CBT (Knutsen et al., 2020). Av faktorene kjønn, alder, traumetype, komorbid depresjon og angst eller uhensiktsmessige traumerelaterte tanker var det kun kjønn som hang sammen med behandlingsrespons, hvor jentene

hadde noe økt risiko for å oppleve lite bedring. Vi trenger å forstå bedre hva som kan forklare at ikke alle har like god effekt av behandlingen. Vi vet fortsatt ikke nøyaktig hva som skaper endring i posttraumatiske plager som PTSD. Det kan være en kombinasjon av flere komponenter, eller det kan være ulike mekanismer som er virksomme for ulike barn. I det siste har man også diskutert om ferdighetslæringsfasen er nødvendig og bidrar med noe utover det eksponeringsfasen av traumebehandlinger gjør. De siste årene har det også vært en økt interesse for mer intensive behandlingsforløp og for hvorvidt disse kan være vel så effektive og redusere sannsynlighet for avbrutt behandling (drop-out). Det er behov for mer kunnskap om hvorvidt og hvordan mer intensive formater av TF-CBT (for eksempel to behandlingstimer i uken) kan gjennomføres slik at barna kan oppleve å bli fortere bedre.

Vi vet at det er viktig å endre uhensiktsmessige traumerelaterte tanker, men vi vet mindre om hvordan disse tankene kan endres. Vi vet at TF-CBT har god effekt på PTSD, angst og depresjon, men vi vet lite om hvorvidt TF-CBT også kan være effektivt mot søvnproblemer, smerter (for eksempel magesmerter eller hodepine) eller andre somatiske plager som en del barn opplever. I tillegg er KPTSD fortsatt en ny diagnose, og det er mye vi ikke vet om behandling av den.

Vi vet lite om hvorvidt TF-CBT er et tilbud som når ut til alle som kan ha nytte av det. Vi vet lite om hvilke kliniske vurderinger som gjøres idet et barn er kartlagt og diagnostisert med PTSD. Vi vet ikke hvilke behandlingstilbud barn med høye nivå av symptomer på PTSD, men som ikke får TF-CBT, får i stedet. Vi vet heller ikke hvilken effekt den behandlingen har. Vi ser at det er en overvekt av jenter i alderen 12–18 år som får tilbud om TF-CBT. Vi vet ikke om vi i stor nok grad når ut til traumeutsatte gutter og yngre barn. Vi er heller ikke sikre på om TF-CBT er et tilbud som også når ut til barn og unge med flyktningstatus, fra minoriteter eller fra marginaliserte familier.

Siden vi startet det første forskningsprosjektet i Norge i 2008, har mange tilegnet seg kunnskap om traumer. Det kan godt hende at behandlingstilbudet til de som ikke får TF-CBT, i dag er bedre enn det som var vanlig behandlingstilbud (TAU) den gangen. I tillegg lever barn og unge i 2024 livet sitt mer på internett, og det kan ha oppstått nye utfordringer og risikoer som barn og unge må forholde seg til. Det ville også være nyttig å ha mer kunnskap om

andre modaliteter for TF-CBT. Kanskje kan (deler av) den gis via internett, eller den kan støttes av apper. Overgrep kan skje via internett, og bilder kan spres og forårsake problemer som vi har behov for mer kunnskap om. Det er også via internett at barn og unge henter informasjon om traumer og helse, og denne kunnskapen er ikke alltid kvalitetssikret. Det er behov for mer kunnskap om hvordan man kan formidle informasjon om traumer og traumerelaterte plager på gode måter til barn.

Videre er det behov for mer forskning om hva PTSD er, og hvordan det henger sammen med andre plager. Diagnosesystemene kan være nyttige i klinikken, men har begrenset verdi når det gjelder å forstå systemet av plager og hvordan de henger sammen med hverandre. Endring skjer ikke alltid kontinuerlig og lineært, og det er behov for å forstå bedre hvordan diskontinuerlige endringer kan oppstå. Barna kan ha nokså ulike endringsmønstre over tid (Giltun & Natvig, 2023). Det er også behov for en bedre forståelse av hvordan bedring fra PTSD skjer fra dag til dag, og hvordan positiv bedring i et symptom kan etterfølges av bedring i andre symptomer og skape en positiv kjedereaksjon. Det er behov for mer kunnskap om hvordan tilbakemeldinger underveis om behandlingseffekt kan samles inn og brukes på en nyttig og effektiv måte i behandling (de Jong et al., 2021; Kjøbli et al., 2018). Det er også gjort nokså lite forskning på mekanismer for endring i traumebehandling (Raaheim, 2021). Det er behov for flere studier som undersøker hva som er de virksomme komponentene av behandlingen, og hvordan disse virker på PTSD. Da kan det være nødvendig med forskning med design, for eksempel faktorielle studier, microtrials eller tidsseriestudier, heller enn klassiske randomiserte kontrollerte studier.

Vi har nå også begynt å undersøke effekten av lavterskeltiltak for behandling av PTSD i kommunene. Vi ser at det er behov for å se nærmere på pasientflyten mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene (Ormhaug et al., 2022). Vi trenger mer forskning på hvordan vi kan få helhetlige pasientforløp og samarbeide på tvers av tjenester for å sikre sømløse overganger for pasientene og god pasientflyt i helsetjenestene.

I tillegg mangler vi kunnskap om de minste barna og intervensjoner som passer for dem. Det finnes en versjon av traumefokusert kognitiv atferdsterapi utviklet for barn fra 3 til 6 år (Scheeringa, 2015). For barn fra 0 til 6 år finnes også en behandling som heter Child-Parent Psychotherapy (CPP) (Lieberman

et al., 2006). Ingen av disse behandlingsmetodene er det gjort forskning på i Norge. En annen behandling, Trinnvis sammen (tidligere Trinnvis TF-CBT), er utviklet for barn ned til 3 år (Salloum et al., 2022; 4-12 år; Salloum et al., 2016; 3-7 år). Selv om vi har gode erfaringer med Trinnvis sammen for barn mellom 7 og 12 år i Norge, er det heller ikke her forsket på effekt for de yngste barna i Norge. Det er også mangel på kunnskap om intervensjoner som kan hjelpe barn som har opplevd omsorgssvikt og stor grad av konflikt i hjemmet. Også her finnes det en aktuell behandling som er utviklet i USA, men som ikke er forsket på i Norge – Alternatives for Families: a Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT) (Kolko, 1996).

5.5 Noen avsluttende ord

De siste årene har vi opplevde en økende interesse for traumer og hvordan best ivareta og hjelpe traumeutsatte barn og unge. Det har også vært en økende forståelse for hvilke konsekvenser det kan ha å være utsatt for traumer. Mange ønsker å bidra til å sikre at allerede traumeutsatte barn og unge ikke skal oppleve nye traumer og få ytterligere forhøyet risiko for psykososiale utfordringer. Studier viser at god sosial støtte fra foreldre og omgivelsene til barnet er viktig for tilhelning (Allen et al., 2021; Trickey et al., 2012). Samtidig er ikke alltid omsorg alene tilstrekkelig for å oppnå bedring, og traumerelaterte plager som vedvarer over seks måneder kan forbli kroniske uten behandling (Berliner & Kolko, 2016; Hanson & Lang, 2016; Hiller et al., 2016). God kunnskap om hvordan vi best kan identifisere traumeutsatte barn, hva som er gode behandlingsmetoder, hva som er mulige endringsprosesser, og hvordan disse kan implementeres i klinikk over tid, er avgjørende for at traumatiserte barn og deres familier skal få hjelp. Det å implementere evidensbaserte behandlingsmetoder som TF-CBT kan virke ressurskrevende i et korttidsperspektiv (Fritz et al., 2013). I et lenger tidsperspektiv viser studier at den samlede ressursbruken i tjenestene blir mindre dersom pasientene får effektiv behandling, som gjør at behovene for andre tjenester blir mindre (Aas et al., 2019; Greer et al., 2014).

Det finnes mange metoder for behandling av traumerelatert plager hos barn og ungdom som kan være til hjelp, og flere av dem har mange felles virksomme elementer (Jensen et al., 2020; Kooij et al., 2022). De fleste tilnærmingene inkluderer noe psykoedukasjon og tar sikte på å øke ferdigheter i stresshåndtering, følelsesregulering og meningsdannelse

(kognitiv prosessering). Felles for de fleste metodene/traumebehandlingene er også et fokus på traumeminner og eksponering for disse. Også TF-CBT er basert på disse prinsippene.

Samlet sett har studiene av TF-CBT fra NKVTS bidratt til ny kunnskapsutvikling og identifisert nye kunnskapshull. Den norske forskningen på TF-CBT er internasjonalt anerkjent, og har hittil resultert i 42 fagfelleverderte internasjonale artikler og 24 hovedoppgaver (se Appendiks 1). Inkludert i dette er også 4 doktorgrader (Holt, 2014; Knutsen, 2019; Ormhaug, 2016; Ovenstad, 2022). I tillegg er det også skrevet en rekke fagfelleverderte norske artikler og relevante bokkapitler på norsk og engelsk. Forskningen knyttet til prosjektet er mye sitert, og spesielt gjelder det den første artikkelen om effekten av TF-CBT (Jensen et al., 2014), som var den første studien utenfor USA som undersøkte dette. Siden har det kommet mange flere lignende studier. Til sammen er disse artiklene sitert over 1000 ganger, noe som er betydelig gitt at traumebehandling for barn er et nokså smalt forskningsfelt. Dette betyr at den norske forskningen på TF-CBT har bidratt til å flytte det internasjonale fagfeltet fremover.

15 år med forskning på og implementering av TF-CBT har bidratt til en betydelig praksisendring i BUP-ene. Det at tre fjerdedeler av BUP-ene i Norge (se Appendiks 2) nå kan tilby TF-CBT til sine pasienter, innebærer et viktig løft i behandlingstilbudet for traumeutsatte barn og unge. Kartleggingsverktøyet KATES-2 (se Appendiks 3) blir mye brukt både i BUP-er og i andre enheter. Prosjektet har altså bidratt til betydelig generell kompetanseøkning i BUP, og til dels også i andre tjenester, både om kartlegging av traumeerfaringer, PTSD og traumebehandling.

Gjennom de 15 årene NKVTS har implementert TF-CBT i norske BUP-er, anslår vi at TF-CBT-terapeutene har hjulpet flere tusen traumeutsatte barn og deres familier. Våre erfaringer viser at det er mulig å implementere evidensbaserte behandlingsmodeller i de norske helsetjenestene. Imidlertid er det nødvendig å bruke gode implementeringsmodeller, ha et faglig sterkt implementeringsteam, ha gode systemer for evaluering og tilbakemeldinger til klinikkene og gjennomføre systematiske vurderinger av fidelitet og effekt. For å opprettholde implementering må terapeuter gis gode rammebetingelser for opplæring og veiledning, og klinikkledere må støtte opp om implementeringsprosessen.

Selv om vi med denne rapporten har fått mye kunnskap om hjelpsom traumebehandling, er det fortsatt mange spørsmål som står ubesvart. For at vi skal fortsette å få mer kunnskap som er nyttig i klinisk praksis, er det viktig at forskere og behandlere fortsetter å samarbeide, samt at behandlere gis anledning til å fortsette å delta i forskning. På den måten kan vi i fremtiden sammen fremskaffe ny kunnskap som kan bidra til at enda flere traumeutsatte barn og unge som har behov for det, kan få god hjelp.

6 Referanser

- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., & Farahnak, L. R. (2014). The implementation leadership scale (ILS): development of a brief measure of unit level implementation leadership. *Implementation Science*, 9(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-45>
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., & Hurlburt, M. S. (2015). Leadership and organizational change for implementation (LOCI): a randomized mixed method pilot study of a leadership and organization development intervention for evidence-based practice implementation. *Implementation Science* 10, 11. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0192-y>
- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23.
- Aas, E., Iversen, T., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2019). Cost-effectiveness analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy: A randomized control trial among Norwegian youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S298-S311.
- Aas, E., Silwal, S., Cyr, P. R., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2020). Health-related quality of life (HRQoL) in children and adolescent with post-traumatic stress symptom: A comparison of 16D and condition-specific instruments. *Nordic Journal of Health Economics*, 8(1), 46-71.
- Abrahamsen, H. (2016). *Terapeuters alliansebyggende strategier innen traumefokuset behandling av barn* [Hovedoppgave i Psykologi, Universitetet i Oslo].
- Ackland, P. E., Koffel, E. A., Goldsmith, E. S., Ullman, K., Miller, W. A., Landsteiner, A., Stroebel, B., Hill, J., Wilt, T. J., & Duan-Porter, W. (2023). Implementation of Evidence-Based Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 50(5), 792-812. <https://doi.org/10.1007/s10488-023-01279-6>
- Allen, B., & Johnson, J. C. (2012). Utilization and implementation of trauma-focused cognitive-behavioral therapy for the treatment of maltreated children. *Child Maltreatment*, 17(1), 80-85.
- Allen, L., Jones, C., Fox, A., Copello, A., Jones, N., & Meiser-Stedman, R. (2021). The correlation between social support and post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 294, 543-557.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. <https://doi.org/doi:10.1176/appi.books.9780890423349>
- Aminihajibashi, S., Skar, A.-M. S., & Jensen, T. K. (2022). Professional wellbeing and turnover intention among child therapists: a comparison between therapists trained and untrained in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1328. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08670-3>
- Anundsen, K. W., & Oppedal, M. B. (2021). *Emosjonell aktivering og unngåelse hos barn og ungdom som mottar traumefokuset kognitiv atferdsterapi* [Hovedoppgave i Psykologi, Universitet i Oslo].
- Ascienzo, S., Sprang, G., & Eslinger, J. (2020). Disseminating TF-CBT: A mixed methods investigation of clinician perspectives and the impact of training format and formalized problem-solving approaches on implementation outcomes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1657-1668.
- Astrup, E. S. (2018). *En studie av traumatiserte barns egen involvering i traumenarrativarbeidet i TF-CBT* [Hovedoppgave i Psykologi, Universitetet i Oslo]. Oslo.
- Barne- og familiedepartementet. (2005). *Strategiplan mot fysiske og seksuelle overgrep mot barn 2005-2009*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/rap/2005/0004/ddd/pdfv/245298-69901_strategiplan.pdf
- Barnett, E. R., Jankowski, M. K., & Trepman, A. Z. (2019). State-wide implementation and clinical outcomes associated with evidence-based psychotherapies for traumatized youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(7), 775.

- Bartels, L., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Plener, P., Risch, E., Rojas, R., Rosner, R., & Sachser, C. (2019). The importance of the DSM-5 symptoms of cognitions and mood in traumatized children and adolescents: Two network approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(6), 545-554. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpp.13009>
- Bartels, L., Skar, A.-M. S., Birkeland, M. S., Ormhaug, S. M., Berliner, L., & Jensen, T. K. (2023). The differential impact of the DSM-5 post-traumatic stress symptoms on functional impairment in traumatized children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-9.
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 277-292. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00138-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00138-4)
- Bennett, R. S., Denne, M., McGuire, R., & Hiller, R. M. (2020). A Systematic Review of Controlled-Trials for PTSD in Maltreated Children and Adolescents. *Child Maltreatment*, 26(3), 325-343. <https://doi.org/10.1177/1077559520961176>
- Berg, S. G. (2015). *Betydningen av tidlig motstand i terapi med traumatiserte barn og ungdom* [Hovedoppgave i Psykologi, Universitetet i Oslo].
- Berliner, L., & Kolko, D. J. (2016). Trauma informed care: A commentary and critique. *Child Maltreatment*, 21(2), 168-172.
- Berliner, L., Meiser-Stedman, R., & Danese, A. (2020). Screening, assessment, and diagnosis in children and adolescents. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, 69-89.
- Birkeland, M. S., Greene, T., & Spiller, T. R. (2020). The network approach to posttraumatic stress disorder: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1700614.
- Birkeland, M. S., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2020). Perceived social support and posttraumatic stress symptoms in children and youth in therapy: A parallel process latent growth curve model. *Behaviour Research and Therapy*, 132, 103655. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103655>
- Birkeland, M. S., Skar, A. M. S., & Jensen, T. K. (2022). Understanding the relationships between trauma type and individual posttraumatic stress symptoms: a cross-sectional study of a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13602>
- Bjåstad, J. F., Haugland, B. S., & Kornør, H. (2020). *Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (2. utg.)*. https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/traumefokusert-kognitiv-atferdsterapi-tf-cbt-2-utg/
- Bones, L., & Guren, G. (2022). «Barn og diagnosesystemer i utvikling: oppfyller DSM-5 og ICD-11 sine hensikter?» Sammenligning av posttraumatisk stresslidelse i DSM-5 og ICD-11 hos norske barn og unge: prevalens, enighet, komorbiditet og prediktorer. [Hovedoppgave i Psykologi, Universitetet i Oslo].
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Borge, R. H., Egeland, K. M., Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Sklar, M., & Skar, A.-M. S. (2022). "Change Doesn't Happen by Itself": A Thematic Analysis of First-Level Leaders' Experiences Participating in the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) Strategy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01199-x>
- Borge, R. H., Skar, A.-M. S., Endsjo, M., & Egeland, K. M. (2021). Good soldiers in implementation: validation of the Implementation Citizenship Behavior Scale and its relation to implementation leadership and intentions to use evidence-based practices. *Implementation Science Communications*, 2(1), 1-8.
- Borntrager, C., Chorpita, B. F., Higa-McMillan, C. K., Daleiden, E. L., & Starace, N. (2013). Usual care for trauma-exposed youth: Are clinician-reported therapy techniques evidence-based? *Children and Youth Services Review*, 35(1), 133-141.

- Braathu, N., Laukvik, E. H., Egeland, K. M., & Skar, A.-M. S. (2022). Validation of the Norwegian versions of the Implementation Leadership Scale (ILS) and Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) in a mental health care setting. *BMC Psychology*, *10*(1), 25.
- Breland, B. D., & Wig, A. B. (2014). *Terapeutisk allianse i behandling av traumeutsatte barn og unge – Alliansens utvikling og betydning for arbeidet med traumenarrativen*. [Hovedoppgave i Psykologi, Universitetet i Oslo].
- Brewin, C. R. (2011). The Nature and Significance of Memory Disturbance in Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*(1), 203-227. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104544>
- Briggs-Gowan, M. J., Pollak, S. D., Grasso, D., Voss, J., Mian, N. D., Zobel, E., McCarthy, K. J., Wakschlag, L. S., & Pine, D. S. (2015). Attention bias and anxiety in young children exposed to family violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(11), 1194-1201.
- Brown, E. J., Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2020). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy: The role of caregivers. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 39-45.
- Brumley, L. D., Pollio, E., Cooper, B., Steer, R. A., & Deblinger, E. (2022). Caregiver Satisfaction and Perceptions of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *15*(2), 341-351. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00372-y>
- Bruun, B. (2020). *Implementering av rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer i psykisk helsevern for barn og unge. Kan rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer føre til at terapeuter blir bedre til å identifisere barn og unge med posttraumatiske stress-symptomer?* [Hovedoppgave i Psykologi, Universitetet i Oslo].
- Cameron, D., Shiner, B., O'Neil, A., & O'Neil, M. (2023). Factors Associated with Engaging in Evidence-Based Psychotherapy During the First Year of Posttraumatic Stress Disorder Treatment Between 2017 and 2019. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *50*(5), 813-823. <https://doi.org/10.1007/s10488-023-01280-z>
- Chen, J. A., Fortney, J. C., Bergman, H. E., Browne, K. C., Grubbs, K. M., Hudson, T. J., & Raue, P. J. (2020). Therapeutic alliance across trauma-focused and non-trauma-focused psychotherapies among veterans with PTSD. *Psychological Services*, *17*(4), 452-460. <https://doi.org/10.1037/ser0000329>
- Cohen, J. A., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2017). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. The Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg*. Universitetsforlaget.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Disseminating and implementing trauma-focused CBT in community settings. *Trauma, Violence, & Abuse*, *9*(4), 214-226.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. Guilford Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*, 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, *58*, 10-23.
- Curran, G. M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M., & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Medical Care*, *50*(3), 217.
- Danzi, B. A., & La Greca, A. M. (2021). Treating children and adolescents with posttraumatic stress disorder: Moderators of treatment response. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *50*(4), 510-516.

- de Haan, A., Meiser-Stedman, R., Landolt, M. A., Kuhn, I., Black, M. J., Klaus, K., Patel, S. D., Fisher, D. J., Haag, C., Ukoumunne, O. C., Jones, B. G., Flaiyah, A. M., Catani, C., Dawson, K., Bryant, R. A., de Roos, C., Ertl, V., Foa, E. B., Ford, J. D., . . . Dalgleish, T. (2023). Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *The Lancet Child & Adolescent Health*. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(23\)00253-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00253-5)
- de Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R. A. V., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85, 102002. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102002>
- Deblinger, E., Pollio, E., Cooper, B., & Steer, R. A. (2020). Disseminating trauma-focused cognitive behavioral therapy with a systematic self-care approach to addressing secondary traumatic stress: PRACTICE what you preach. *Community Mental Health Journal*, 56(8), 1531-1543.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Hogue, A., & Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 355.
- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J. G., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2014). Effects of psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 27(3), 257-264.
- Dittmann, I. (2010). *Opplevelser av å gå i terapi : en kvalitativ intervjuundersøkelse med traumatiserte barn og deres foreldre* [Hovedoppgave i Psykologi, Universitetet i Oslo]. Oslo.
- Dittmann, I., & Jensen, T. K. (2014). Giving a voice to traumatized youth—Experiences with trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1221-1230.
- Donnellan, D., Murray, C., & Harrison, J. (2013). An investigation into adolescents' experience of cognitive behavioural therapy within a child and adolescent mental health service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(2), 199-213.
- Dopp, A. R., Hanson, R. F., Saunders, B. E., Dismuke, C. E., & Moreland, A. D. (2017). Community-based implementation of trauma-focused interventions for youth: Economic impact of the learning collaborative model. *Psychological Services*, 14(1), 57-65. <https://doi.org/10.1037/ser0000131>
- Dos Santos, N. E. (2015). *Kartlegging av traumer hos barn og unge – Hvordan reagerer barn og unge i BUP?* [Hovedoppgave i Psykologi, Universitetet i Oslo].
- Dos Santos, N. E., Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2016). Er det så ille å bli spurt om traumer?: barns opplevelser av traumekartlegging i BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53(7), 536-545.
- Dybing, E. S., & Øia, I. (2017). *Talking about trauma in treatment as usual: an exploratory study of relationship to outcome in therapy with children and adolescents* [Hovedoppgave i Psykologi, Universitetet i Oslo].
- Eastwood, O., Peters, W., Cohen, J., Murray, L., Rice, S., Alvarez-Jimenez, M., & Bendall, S. (2021). "Like a huge weight lifted off my shoulders": Exploring young peoples' experiences of treatment in a pilot trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 31(6), 737-751. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1851794>
- Egeland, K. M., Borge, R. H., Peters, N., Bækkelund, H., Braathu, N., Sklar, M., Aarons, G. A., & Skar, A.-M. S. (2023). Individual-level associations between implementation leadership, climate, and anticipated outcomes: a time-lagged mediation analysis. *Implementation Science Communications*, 4(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00459-7>
- Egeland, K. M., Skar, A.-M. S., Endsjø, M., Laukvik, E. H., Bækkelund, H., Babaii, A., Granly, L. B., Husebø, G. K., Borge, R. H., Ehrhart, M. G., Sklar, M., Brown, C. H., & Aarons, G. A. (2019). Testing the leadership and organizational change for implementation (LOCI) intervention in Norwegian mental health clinics: a stepped-wedge cluster randomized design study protocol. *Implementation Science : IS*, 14(1), 28-28. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0873-7>

- Egeland, K. M., Skar, A. M. S., Babaii, A., Borge, R. H., Braathu, N., Bækkelund, H., Endsjø, M., Granly, L., Hansen, K. S., Husebø, G. K., & Peters, N. (2022). *Implementering av traumebehandling i spesialisthelsetjenesten: En nasjonal implementering av behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) for barn og voksne* (Rapport 1/2022). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., & Farahtak, L. R. (2014). Assessing the organizational context for EBP implementation: the development and validity testing of the Implementation Climate Scale (ICS). *Implementation Science*, 9(1), 1-11.
- Eidhammer, S. E., Jahr, H., Blix, I., & Jensen, T. (2019). Kompleks posttraumatisk stresslidelse hos barn: Hva kjennetegner disse barna, og kan traume-fokusert kognitiv atferdsterapi hjelpe? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel-bjorn-christiansens-minnepris/2019/07/traumefokusert-kognitiv-atferdsterapi>
- Eidhammer, S. E., & Jahr, H. L. (2017). *Kompleks PTSD hos barn – Hva kjennetegner disse barna, og kan TF-CBT hjelpe?* [Hovedoppgave i Psykologi, Universitetet i Oslo].
- Espenes, L. (2010). *Posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og unge som har opplevd traumer* [Hovedoppgave i Psykologi, Universitetet i Oslo].
- Fagermoen, E. M., Østensjø, T., Skagemo, C. U., Moen, G. M., & Husebø, G. K. (2017). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 54(10), 978-989.
- Fedøy, B. H. F. (2018). *Kartlegging av barn og ungdom for traumer og traumesymptomer: Hvilke faktorer henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)?* [Masteroppgave i Psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer, Universitetet i Oslo].
- Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Zoellner, L. A. (2003). Myths regarding exposure therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(1), 85-90. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80011-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80011-1)
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531-540.
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2019). Alliance in adult psychotherapy. *Psychotherapy Relationships that Work*, 1, 24-78.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional Processing Theory: An Update. In B. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). The Guilford Press.
- Frank, H. E., Last, B. S., AlRabiah, R., Fishman, J., Rudd, B. N., Kratz, H. E., Harker, C., Fernandez-Marcote, S., Jackson, K., & Comeau, C. (2021). Understanding therapists' perceived determinants of trauma narrative use. *Implementation Science Communications*, 2(1), 1-14.
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., & Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychological Science*, 20, 912-919.
- Freake, H., Barley, V., & Kent, G. (2007). Adolescents' views of helping professionals: A review of the literature. *Journal of Adolescence*, 30(4), 639-653. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.06.001>
- Fritz, R. M., Tempel, A. B., Sigel, B. A., Conners-Burrow, N. A., Worley, K. B., & Kramer, T. L. (2013). Improving the dissemination of evidence-based treatments: Facilitators and barriers to participating in case consultation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(4), 225.
- Giltun, S., & Natvig, M. (2023). *Bedre og bedre dag for dag? En studie av endring i PTSD-symptomgrupper fra dag til dag hos ungdom i TF-CBT* [Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo].
- Girlanda, F., Fiedler, I., Becker, T., Barbui, C., & Koesters, M. (2017). The evidence-practice gap in specialist mental healthcare: systematic review and meta-analysis of guideline implementation studies. *The British Journal of Psychiatry*, 210(1), 24-30.

- Gjestvang, B. (2018). *Omsorgens omkostninger – og gleder. En kvalitativ studie om å arbeide med traumatiserte barn i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker* [Masteroppgave i psykologi, Universitetet i Oslo].
- Glad, K. A., Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2013). Exploring self-perceived growth in a clinical sample of severely traumatized youth. *Child Abuse & Neglect*, 37(5), 331-342. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.007>
- Glad, K. A., Jensen, T. K., Nygaard, E., Dyb, G., & Hafstad, G. S. (2009). Møtet med hjelpeapparatet etter tsunamien – behov og tilfredshet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. <http://www.psykol.no/>
- Gobin, R. L., & Freyd, J. J. (2014). The impact of betrayal trauma on the tendency to trust. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 505.
- Greer, D., Grasso, D. J., Cohen, A., & Webb, C. (2014). Trauma-focused treatment in a state system of care: Is it worth the cost? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(3), 317-323.
- 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.
- Hafstad, G. S., Kilmer, R. P., & Gil-Rivas, V. (2011). Posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents exposed to the 2004 tsunami. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 130-138. <https://doi.org/10.1037/a0023236>
- Hanson, R. F., & Lang, J. (2016). A Critical Look At Trauma-Informed Care Among Agencies and Systems Serving Maltreated Youth and Their Families. *Child Maltreatment*, 21(2), 95-100. <https://doi.org/10.1177/1077559516635274>
- Harrison, J. P., Deblinger, E., Pollio, E., Cooper, B., & Steer, R. A. (2023). TF-CBT Training Augmented with a Self-Care Focus: Understanding Facilitators and Barriers to Treatment Implementation. *Community Mental Health Journal*, 59(7), 1409-1421. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01130-0>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Forenkling og forbedre. Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fornkle-og-forbedre-rapport-om-tematisk-organisering-av-psykisk-helsevern/id2993928/>
- Helsedirektoratet. (2022a). *Nasjonalt pasientforløp for utredning i psykisk helsevern, voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne/kartlegging-og-utredning-psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne#basis-utredning>
- Helsedirektoratet. (2022b). *Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/kartlegging-og-utredning-psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge#basis-utredning>
- Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L., & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 448-466.
- 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>
- Hjemdal, O. K. (2006). *Kartlegging av tilbudet til traumatiserte ofre for vold, overgrep, ulykker og katastrofer, flyktninger og torturofre*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Holt, T. (2014). *Parental emotional reactions and their role in therapy for traumatized children and adolescents* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo].
- Holt, T., Cohen, J., Mannarino, A., & Jensen, T. K. (2014). Parental emotional response to children's traumas. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(10), 1057-1071.
- Holt, T., Cohen, J. A., & Mannarino, A. (2015). Factor structure of the Parent Emotional Reaction Questionnaire: analysis and validation. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 28733. <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 and Mental Health*, 8(1), 11.
- Hoppen, T. H., Meiser-Stedman, R., Jensen, T. K., Birkeland, M. S., & Morina, N. (2023). Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 1-8. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.24>
- Hukkelberg, S., & Jensen, T. K. (2011). The dimensionality of posttraumatic stress symptoms and their relationship to depression in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 24(3), 326-333. <https://doi.org/10.1002/jts.20637>
- Hukkelberg, S., Ormhaug, S. M., Holt, T., Wentzel-Larsen, T., & Jensen, T. K. (2014). Diagnostic utility of CPSS vs. CAPS-CA for assessing posttraumatic stress symptoms in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.11.001>
- Hultmann, O., Möller, J., Ormhaug, S. M., & Broberg, A. (2014). Asking Routinely About Intimate Partner Violence in a Child and Adolescent Psychiatric Clinic: A Qualitative Study. *Journal of Family Violence*, 29(1), 67-78. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9554-5>
- Husby, V. M., & Vaz, A. M. (2021). Målbevisst ferdighetstrening for psykoterapeuter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 58(7), 594-601.
- Infurna, F. J., & Jayawickreme, E. (2019). Fixing the Growth Illusion: New Directions for Research in Resilience and Posttraumatic Growth. *Current Directions in Psychological Science*, 28(2), 152-158. <https://doi.org/10.1177/0963721419827017>
- ISTSS. (2019). *Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines. Methodology and Recommendations*. https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx
- Iversen, T. B. (2020). «Hvis vi skal ha en helsetjeneste som virker for alle, må vi jo ha ledere som vet hva de gjør.» *Betydningen av opplæring og veiledning av ledere for implementeringen av kunnskapsbaserte metoder for PTSD i psykisk helsevern*. [Masteroppgave, OsloMet].
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jensen, T. K., Braathu, N., Birkeland, M. S., Ormhaug, S. M., & Skar, A.-M. S. (2022). Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2114630.
- Jensen, T. K., Cohen, J. A., Joycox, L., & Rosner, R. (2020). Treatment of PTSD and complex PTSD. In D. Forbes, J. I. Bisson, C. Monson, & L. Berliner (Eds.), *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the international Society for Traumatic Stress Studies*. (Third ed.). Guildford.
- Jensen, T. K., Dyb, G., Hafstad, G. S., Nygaard, E., & Lindgaard, C. V. (2008). *Tsunamien: Berørte barn og deres familier*. http://www.nkvts.no/bibliotek/Publikasjoner/BokerRapporterNotater/Tsunamien_BerorteBarnFamilier.pdf
- Jensen, T. K., Holt, T., Mørup Ormhaug, S., Fjermestad, K. W., & Wentzel-Larsen, T. (2018). Change in post-traumatic cognitions mediates treatment effects for traumatized youth—A randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65(2), 166.
- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2017). A follow-up study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-11.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S. S., Indregard, T., Stormyren, S. D., & Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369.
- Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2019). Alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions*, 79-116.

- Kaur, H., & Naseem, N. S. (2018). *Holdninger til evidensbasert praksis blant ansatte i psykisk helsevern for barn og unge* [Hovedoppgave i psykologi, Universitet i Oslo]. Oslo.
- Kendall, P. C., Comer, J. S., Marker, C. D., Creed, T. A., Puliafico, A. C., Hughes, A. A., Martin, E. D., Suveg, C., & Hudson, J. (2009). In-session exposure tasks and therapeutic alliance across the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 517-525. <https://doi.org/10.1037/a0013686>
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry.*
- Kirsch, V., Keller, F., Tutus, D., & Goldbeck, L. (2018). Treatment expectancy, working alliance, and outcome of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with children and adolescents. *12*(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0223-6>
- Kjøbli, J., Tollefsen, T. K., Jakobsen, R., Baraldsnes, A., Brunborg, B., & Breivik, K. (2018). Nyttan av tilbakemeldinger. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 56*(2), 107-111.
- Knutsen, M. L. (2013). *Kan alle historier deles? En studie av barns narrativer etter en traumatisk hendelse* [Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo].
- Knutsen, M. L. (2019). *Pathways to recovery: A study of pathways to change for traumatized youth receiving Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy (TF-CBT) or treatment as usual (TAU)*. [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo].
- Knutsen, M. L., Czajkowski, N. O., & Ormhaug, S. M. (2018). Changes in posttraumatic stress symptoms, cognitions, and depression during treatment of traumatized youth. *Behaviour Research and Therapy, 111*, 119-126.
- Knutsen, M. L., & Jensen, T. K. (2017). Changes in the trauma narratives of youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy in relation to posttraumatic stress symptoms. *Psychotherapy Research, 1-13*.
- Knutsen, M. L., Sachser, C., Holt, T., Goldbeck, L., & Jensen, T. K. (2020). Trajectories and possible predictors of treatment outcome for youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychological Trauma, 12*(4), 336-346. <https://doi.org/10.1037/tra0000482>
- Kolko, D. J. (1996). Individual cognitive behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment, 1*(4), 322-342.
- Kooij, L. H., van der Pol, T. M., Daams, J. G., Hein, I. M., & Lindauer, R. J. L. (2022). Common elements of evidence-based trauma therapy for children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology, 13*(1), 2079845. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2079845>
- Kristensen, I. (2016). *Første samtale med barn og unge som har opplevd traumer: Hva forteller terapeuter?* [Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo].
- Kumpula, M. J., Pentel, K. Z., Foa, E. B., LeBlanc, N. J., Bui, E., McSweeney, L. B., Knowles, K., Bosley, H., Simon, N. M., & Rauch, S. A. (2017). Temporal sequencing of change in posttraumatic cognitions and PTSD symptom reduction during prolonged exposure therapy. *Behavior Therapy, 48*(2), 156-165.
- Last, B. S., Schriger, S. H., Timon, C. E., Frank, H. E., Buttenheim, A. M., Rudd, B. N., Fernandez-Marcote, S., Comeau, C., Shoyinka, S., & Beidas, R. S. (2021). Using behavioral insights to design implementation strategies in public mental health settings: a qualitative study of clinical decision-making. *Implementation Science Communications, 2*(1), 1-16.
- Lea, K., & Aarhø, I. (2020). «Jeg kan aldri stole på noen» En studie av overgeneralisering og akkomodasjon hos traumatiserte ungdommer i behandling [Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo].
- Lieberman, A. F., Ippen, C. G., & Van Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(8), 913-918.

- Loos, S., Tutus, D., Kilian, R., & Goldbeck, L. (2020). Do caregivers' perspectives matter? Working alliances and treatment outcomes in trauma-focused cognitive behavioural therapy with children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1753939. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1753939>
- Lund, T., & Strømmen, K. B. (2011). «Verden er farlig og jeg er en feiging» : En studie av barn og unges tanker etter traumatiserende hendelser [Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo].
- Martin, C. G., Everett, Y., Skowron, E. A., & Zalewski, M. (2019). The role of caregiver psychopathology in the treatment of childhood trauma with trauma-focused cognitive behavioral therapy: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22, 273-289.
- Meiser-Stedman, R. (2002). Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 217-232.
- Meiser-Stedman, R., McKinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Smith, P., & Dalgleish, T. (2019). A core role for cognitive processes in the acute onset and maintenance of post-traumatic stress in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., & Kilmer, R. P. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 949-964. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.003>
- Miron, D., & Scheeringa, M. S. (2019). A statewide training of community clinicians to treat traumatized youths involved with child welfare. *Psychological Services*, 16(1), 153.
- Morina, N., Koerssen, R., & Pollet, T. V. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 47, 41-54.
- Mundorf, E. S., & Paivio, S. C. (2011). Narrative quality and disturbance pre- and post-emotion-focused therapy for child abuse trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 643-650. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jts.20707>
- Murray, H., & El-Leithy, S. (2022). *Working with Complexity in PTSD: A Cognitive Therapy Approach*. Taylor & Francis.
- Murray, H., Grey, N., Warnock-Parkes, E., Kerr, A., Wild, J., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2022). Ten misconceptions about trauma-focused CBT for PTSD. *the Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e33, Article e33. <https://doi.org/10.1017/S1754470X22000307>
- Neelakantan, L., Hetrick, S., & Michelson, D. (2019). Users' experiences of trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and adolescents: a systematic review and metasynthesis of qualitative research. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(7), 877-897.
- NICE. (2005). *NICE clinical guideline on post-traumatic stress disorder*. <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG26>
- NICE. (2018). *NICE clinical guideline on post-traumatic stress disorder*.
- Norsk Psykologforening. (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Okamura, K. H., Skriner, L. C., Becker-Haimes, E. M., Adams, D. R., Becker, S., Kratz, H. E., Jackson, K., Berkowitz, S., Zinny, A., & Cliggitt, L. (2020). Perceptions of evidence-based treatment among youth and caregivers receiving trauma focused-cognitive behavioral therapy. *Journal of Child and Family Studies*, 29(6), 1712-1722.
- Ormhaug, S. M. (2016). *The therapeutic alliance in the treatment of traumatized youths : Relationship to outcome and dropout across rater perspectives and therapeutic interventions* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo].
- Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2016). Investigating treatment characteristics and first-session relationship variables as predictors of dropout in the treatment of traumatized youth. *Psychotherapy Research*, 1-15.

- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn–blir de gjemt eller glemte? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(3), 234-240.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 52.
- Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Wentzel-Larsen, T. (2015). Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27705.
- Ormhaug, S. M., Skjærvø, I., Fagermoen, E. M. K., Gurandsrud, P., Haabrekke, K. J., Knutsen, M. L., Næss, A., Päivärintne, H. M., & Jensen, T. K. (2022). Tidlig hjelp til traumeutsatte barn – utprøving av Trinnvis TF-CBT i kommunale tjenester for barn og unge.
- Ovenstad, K. S. (2022). *Youths' Alliance, Involvement Behaviors, and Therapists' Alliance-building: A Processes-Outcome Study of Youth Receiving Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy*. *Dobbelkompetansespendiat [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]*.
- Ovenstad, K. S., Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2022). Four perspectives on traumatized youths' therapeutic alliance: Correspondence and outcome predictions. *Psychotherapy Research*, 32(6), 820-832.
- Ovenstad, K. S., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2022). The relationship between youth involvement, alliance and outcome in trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 1-12.
- Ovenstad, K. S., Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Jensen, T. K. (2020). Therapists' behaviors and youths' therapeutic alliance during trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(4), 350.
- Pascoe, K. M., Petrescu-Prahova, M., Steinman, L., Bacci, J., Mahorter, S., Belza, B., & Weiner, B. (2021). Exploring the impact of workforce turnover on the sustainability of evidence-based programs: a scoping review. *Implementation Research and Practice*, 2, 26334895211034581.
- Patel, Z. S., Casline, E., Shaw, A. M., Jensen-Doss, A., & Ramirez, V. (2022). Measuring clinician stuck points about trauma-focused cognitive behavior therapy: The TF-CBT Stuck Points Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 35(5).
- Peters, N., Borge, R. H., Skar, A.-M. S., & Egeland, K. M. (2022). Measuring implementation climate: psychometric properties of the implementation climate scale (ICS) in Norwegian mental health care services. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-11.
- Pfeiffer, E., Ormhaug, S. M., Tutus, D., Holt, T., Rosner, R., Wentzel Larsen, T., & Jensen, T. K. (2020). Does the therapist matter? Therapist characteristics and their relation to outcome in trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1776048. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1776048>
- Pfeiffer, E., Sachser, C., de Haan, A., Tutus, D., & Goldbeck, L. (2017). Dysfunctional posttraumatic cognitions as a mediator of symptom reduction in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with children and adolescents: Results of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 178-182.
- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health*, 36(1), 24-34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
- Raaheim, H. F. (2021). *Hva virker i traumebehandling for barn og unge med PTSD? En systematisk litteraturgjennomgang om endringsmekanismer, mediatorer og moderatorer i traumefokuserte terapier for barn og unge med PTSD*. [Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo].
- Raissouni, M., Benhammou, S., & Belbachir, S. (2023). The place of EMDR in children: a review of the literature. *European Psychiatry*, 66(S1), S734-S734.

- Riksrevisjonen. (2021). Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020–2021). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Roest, J. J., Welmers-Van de Poll, M. J., Van der Helm, G. H. P., Stams, G. J. J. M., & Hoeve, M. (2023). A Meta-Analysis on Differences and Associations between Alliance Ratings in Child and Adolescent Psychotherapy. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 52*(1), 55-73. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2093210>
- Rosen, C., Matthieu, M., Wiltsey Stirman, S., Cook, J., Landes, S., Bernardy, N., Chard, K., Crowley, J., Eftekhari, A., & Finley, E. (2016). A review of studies on the system-wide implementation of evidence-based psychotherapies for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 43*, 957-977.
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2018). Comparing the dimensional structure and diagnostic algorithms between DSM-5 and ICD-11 PTSD in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(2), 181-190.
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders, 210*, 189-195.
- Sachser, C., Berliner, L., Risch, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers, R., Hafstad, G. S., Pfeiffer, E., Plener, P., & 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).
- Salloom, A., Lu, Y., Chen, H., Quast, T., Cohen, J. A., Scheeringa, M. S., Salomon, K., & Storch, E. A. (2022). Stepped Care Versus Standard Care for Children After Trauma: A Randomized Non-Inferiority Clinical Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 61*(8), 1010-1022. e1014. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.12.013>
- Salloom, A., Wang, W., Robst, J., Murphy, T. K., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., & Storch, E. A. (2016). Stepped care versus standard trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(5), 614-622.
- Salmond, C. H., Meiser-Stedman, R., Glucksman, E., Thompson, P., Dalgleish, T., & Smith, P. (2011). The nature of trauma memories in acute stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(5), 560-570. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02340.x>
- Scheeringa, M. S. (2015). *Treating PTSD in preschoolers: A clinical guide*. Guilford Publications.
- Scheirer, M. A. (2005). Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation, 26*(3), 320-347. <https://doi.org/10.1177/1098214005278752>
- Schnurr, P. P. (2017). Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology, 14*, 56-60. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.11.005>
- Schumm, J. A., Dickstein, B. D., Walter, K. H., Owens, G. P., & Chard, K. M. (2015). Changes in posttraumatic cognitions predict changes in posttraumatic stress disorder symptoms during cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(6), 1161.
- Sigel, B. A., Benton, A. H., Lynch, C. E., & Kramer, T. L. (2013). Characteristics of 17 statewide initiatives to disseminate trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(4), 323.
- Sigel, B. A., Kramer, T. L., Connors-Burrow, N. A., Church, J. K., Worley, K. B., & Mitrani, N. A. (2013). Statewide dissemination of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT). *Children and Youth Services Review, 35*(6), 1023-1029.

- 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), 1212. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08497-y>
- Skar, A.-M. S., Braathu, N., Peters, N., Bækkelund, H., Endsjø, M., Babaii, A., Borge, R. H., Wentzel-Larsen, T., Ehrhart, M. G., & Sklar, M. (2022). A stepped-wedge randomized trial investigating the effect of the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) intervention on implementation and transformational leadership, and implementation climate. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-15.
- Skar, A.-M. S., Jensen, T. K., & Harp Viken, A. N. (2021). Who Reports What? A Comparison of Child and Caregivers' Reports of Child Trauma Exposure and Associations to Post-Traumatic Stress Symptoms and Functional Impairment in Child and Adolescent Mental Health Clinics. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(7), 919-934.
- 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. *JAMA Network Open*, 2(5), e194003-e194003.
- Sørli, M.-A., Ogden, T., Solholm, R., & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet - om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(4), 315-321.
- Steil, R., Weiss, J., Renneberg, B., Gutermann, J., & Rosner, R. (2023). Effect of therapeutic competence, adherence, and alliance on treatment outcome in youth with PTSD treated with developmentally adapted cognitive processing therapy. *Child Abuse & Neglect*, 141, 106221. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213423002028>
- Swerdlow, B. A., Baker, S. N., Leifker, F. R., Straud, C. L., Rozek, D. C., & Sippel, L. M. (2023). The impact of trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder on interpersonal functioning: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 36(3).
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 134, 105899. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105899>
- Trickey, D., Siddaway, A. P., 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(2), 122-138.
- van der Hoeven, M. L., Assink, M., Stams, G.-J. J. M., Daams, J. G., Lindauer, R. J. L., & Hein, I. M. (2023). Victims of Child Abuse Dropping Out of Trauma-Focused Treatment: A Meta-Analysis of Risk Factors. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(2), 269-283. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00500-2>
- Vibhakhar, V., Allen, L. R., Gee, B., & Meiser-Stedman, R. (2019). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma. *Journal of Affective Disorders*, 255, 77-89.
- Warmedal, R. F. M., & Karlsrud, J. S. (2022). *Adolescents with Complex PTSD. The daily dynamics of negative cognitions and negative emotions during TF-CBT* [Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo].
- Wells, K. B. (1999). Treatment Research at the Crossroads: The Scientific Interface of Clinical Trials and Effectiveness Research. *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 5-10. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.1.5>
- Wells, S., Tamir, O., Gray, J., Naidoo, D., Bekhit, M., & Goldmann, D. (2018). Are quality improvement collaboratives effective? A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 27(3), 226-240.
- Wiltsey Stirman, S. (2022). Implementing Evidence-Based Mental-Health Treatments: Attending to Training, Fidelity, Adaptation, and Context. *Current Directions in Psychological Science*, 31(5), 436-442. <https://doi.org/10.1177/09637214221109601>

- Wong, D. R., Schaper, H., & Saldana, L. (2022). Rates of sustainment in the Universal Stages of Implementation Completion. *Implementation Science Communications*, 3(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00250-6>
- World Health Organization. (2019). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/>
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Alpert, E., McCauley, T., Ready, C. B., Webb, C., & Deblinger, E. (2018). Treatment processes and demographic variables as predictors of dropout from trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for youth. *Behaviour Research and Therapy*, 107, 10-18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.05.008>
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Ready, C. B., Cummings, J. A., Berman, I. S., McCauley, T., Webb, C., & Deblinger, E. (2016). In-session caregiver behavior predicts symptom change in youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(12), 1066.
- Zajac, K., Ralston, M. E., & Smith, D. W. (2015). Maternal support following childhood sexual abuse: Associations with children's adjustment post-disclosure and at 9-month follow-up. *Child Abuse & Neglect*, 44, 66-75.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>
- Zorzella, K. P. M., Muller, R. T., & Cribbie, R. A. (2015). The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. 50, 171-181. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213415002707>
- Øverås, H. (2009). "Møt oss slik vi trenger" : å lytte til allianse i psykoterapi med traumatiserte barn og deres foreldre : dialogdansen bestående av bekreftelse, utforskning og meningskontekst [Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo].

Appendiks 1

Forskning basert på det norske TF-CBT-prosjektet

Internasjonale forskningsartikler

1. de Haan, A., Meiser-Stedman, R., Landolt, M. A., Kuhn, I., Black, M. J., Klaus, K., . . . Dalgleish, T. (2023). Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *The Lancet Child & Adolescent Health*. doi:10.1016/S2352-4642(23)00253-5
2. Egeland, K. M., Borge, R. H., Peters, N., Bækkelund, H., Braathu, N., Sklar, M., Aarons, G. A., & Skar, A.-M. S. (2023). Individual-level associations between implementation leadership, climate, and anticipated outcomes: a time-lagged mediation analysis. *Implementation Science Communications*, 4(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00459-7>
3. Bartels, L., Skar, A.M.S., Birkeland, M.S., Ormhaug, S.M., Berliner, L. & Jensen, T. (2023). The differential impact of the DSM-5 post-traumatic stress symptoms on functional impairment in traumatized children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02266-w>
4. Hoppen, T., Meiser-Stedman, R., Jensen, T. K., Birkeland, M. S., & Morina, N. (2023). The efficacy of psychological interventions for PTSD in children and adolescents exposed to single vs. multiple traumas. Meta-analysis of randomized controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 222(5), 196-203. doi: 10.1192/bjp.2023.24
5. Aminihajbashi, S., Skar, A. M. S., & Jensen, T. (2022). Professional wellbeing and turnover intention among child therapists: a comparison between therapists trained and untrained in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *BMC Health Services Research*, 22(1). doi:10.1186/s12913-022-08670-3
6. Birkeland, M. S., Skar, A. M. S., & Jensen, T. (2022). Understanding the relationships between trauma type and individual posttraumatic stress symptoms: A cross-sectional study of a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/jcpp.13602
7. Sachser, C., Berliner, L., Rish, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers R., & Jensen, T. (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, 2105580.
8. Borge, R. H., Egeland, K. M., Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Sklar, M., & Skar, A. M. S. (2022). “Change Doesn’t Happen by Itself”: A Thematic Analysis of First-Level Leaders’ Experiences Participating in the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) Strategy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. doi:10.1007/s10488-022-01199-x
9. Braathu, N., Laukvik, E. H., Egeland, K. M., & Skar, A. M. S. (2022). Validation of the Norwegian versions of the Implementation Leadership Scale (ILS) and Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) in a mental health care setting. *BMC Psychology*. doi:10.1186/s40359-022-00725-8
10. Jensen, T., Braathu, N., Birkeland, M. S., Ormhaug, S. M., & Skar, A. M. S. (2022). Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: A naturalistic study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 1-11. doi:10.1080/20008066.2022.2114630
11. Peters, N., Borge, R. H., Skar, A. M. S., & Egeland, K. M. (2022). Measuring implementation climate: Psychometric properties of the Implementation Climate Scale (ICS) in Norwegian mental health care services. *BMC Health Services Research*. doi:10.1186/s12913-021-07441-w

12. Skar, A. M. S., Braathu, N., Jensen, T., & 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. doi:10.1186/s12913-022-08497-y
13. Skar, A. M. S., Braathu, N., Peters, N., Bækkelund, H., Endsjø, M., Babaii, A., Borge, R. H., Wentzel-Larsen, T., Ehrhart, M. G., Sklar, M., Brown, C. H., Aarons, G. A., & Egeland, K. M. (2022). A stepped-wedge randomized trial investigating the effect of the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) intervention on implementation and transformational leadership, and implementation climate. *BMC Health Services Research*, 22(1). doi:10.1186/s12913-022-07539-9
14. Ovenstad, K. S., Ormhaug, S., & Jensen, T. K. (2022). The relationship between youth involvement, alliance and outcome in trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*. doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36125352/>
15. Borge, R. H., Skar, A. M. S., Endsjø, M., & Egeland, K. M. (2021). Good soldiers in implementation: validation of the Implementation Citizenship Behavior Scale and its relation to implementation leadership and intentions to use evidence-based practices. *Implementation Science Communications*, 2. doi:10.1186/s43058-021-00240-8
16. Skar, A. M. S., Jensen, T. K., & Harpviik, A. N. (2021). Who Reports What? A Comparison of Child and Caregivers' Reports of Child Trauma Exposure and Associations to Post-Traumatic Stress Symptoms and Functional Impairment in Child and Adolescent Mental Health Clinics. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. doi:10.1007/s10802-021-00788-y
17. 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. *JAMA Network Open*, 2(5), e194003. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.4003
18. Ovenstad, K. S., Jensen, T., & Ormhaug, S. M. (2021). Four perspectives on traumatized youths' therapeutic alliance: Correspondence and outcome predictions. *Psychotherapy Research*. doi:10.1080/010503307.2021.2011983
19. Birkeland, M. S., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2020). Perceived social support and posttraumatic stress symptoms in children and youth in therapy: A parallel process latent growth curve model. *Behaviour Research and Therapy*, 132. doi:10.1016/j.brat.2020.103655
20. Ovenstad, K. S., Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Jensen, T. K. (2020). Therapists' behaviors and youths' therapeutic alliance during trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(4), 350-361. doi:10.1037/ccp0000465
21. Pfeiffer, E., Ormhaug, S. M., Tutus, D., Holt, T., Rosner, R., Wentzel-Larsen, T., & Jensen, T. K. (2020). Does the therapist matter? Therapist characteristics and their relation to outcome in trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1-10. doi:10.1080/20008198.2020.1776048
22. Aas, E., Silwal, S., Cyr, P. R., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2020). Health-related quality of life (HRQoL) in children and adolescent with post-traumatic stress symptom: A comparison of 16D and condition-specific instruments. *Nordic Journal of Health Economics*, 8(1), 46-71. doi:10.5617/njhe.6929
23. Egeland, K. M., Skar, A. M. S., Endsjø, M., Laukvik, E. H., Bækkelund, H., Babaii, A., Granly, L. B., Granly, L., Husebø, G. K., Borge, R. H., Ehrhart, M. G., Sklar, M., Brown, C. H., & Aarons, G. A. (2019). Testing the leadership and organizational change for implementation (LOCI) intervention in Norwegian mental health clinics: a stepped-wedge cluster randomized design study protocol. *Implementation Science*, 14(28). doi:10.1186/s13012-019-0873-7
24. Bartels, L., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Plener, P., . . . Sachser, C. et al. (2019). The importance of the DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms of cognitions and mood in traumatized children and adolescents: two network approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), 545-554. doi:10.1111/jcpp.13009

25. Aas, E., Iversen, T., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2019). Cost-Effectiveness Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Control Trial among Norwegian Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(1), S298-S311. doi:10.1080/15374416.2018.1463535
26. Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Fjermestad, K., & Wentzel-Larsen, T. (2018). Change in post-traumatic cognitions mediates treatment effects for traumatized youth — A randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65(2), 166-177. doi:10.1037/cou0000258
27. Knutsen, M., & Jensen, T. K. (2019). Changes in the trauma narratives of youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy in relation to posttraumatic stress symptoms. *Psychotherapy Research*, 29(1), 99. doi:10.1080/10503307.2017.1303208
28. Knutsen, M. L., Jensen, T. K., Sachser, C., Holt, T., & Goldbeck, L. (2019). Trajectories and Possible Predictors of Treatment Outcome for Youth Receiving Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Psychological Trauma*. doi:10.1037/tra0000482
29. Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2017). A Follow-up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(8), 1587-1597. doi:10.1007/s10802-017-0270-0
30. Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., . . . Goldbeck, L. et al. (2017). Comparing the dimensional structure and diagnostic algorithms between DSM-5 and ICD-11 PTSD in children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(2), 181-190. doi:10.1007/s00787-017-1032-9
31. Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., . . . Goldbeck, L. et al. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders*, 210, 189-195. doi:10.1016/j.jad.2016.12.040
32. Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2016). Investigating treatment characteristics and first-session relationship variables as predictors of dropout in the treatment of traumatized youth. *Psychotherapy Research*, 1-15. doi:10.1080/10503307.2016.1189617
33. Holt, T., Cohen, J. A., & Mannarino, A. (2015). Factor structure and discriminant validity of the parent emotional reaction questionnaire (PERQ). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
34. Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Wentzel-Larsen, T. (2015). Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*. doi:10.3402/ejpt.v6.27705
35. Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youth: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 52-64.
36. Holt, T., Cohen, J. A., Mannarino, A., & Jensen, T. K. (2014). Parental emotional response to children's traumas. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(10), 1057-1071.
37. Holt, T., Jensen, T. K., & Wentzel-Larsen, T. (2014). The change and the mediating role of parental emotional reactions and depression in the treatment of traumatized youth: Results from a randomized controlled study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. doi:10.1186/1753-2000-8-11
38. Hukkelberg, S. S., Ormhaug, S. M., Holt, T., Wentzel-Larsen, T., & Jensen, T. K. (2014). Diagnostic utility of CPSS vs. CAPS-CA for assessing posttraumatic stress symptoms in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 51-56.
39. Dittmann, I., & Jensen, T. K. (2014). Giving a voice to traumatized youth - Experiences with Trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Child Abuse & Neglect*. 38. 1221-1230.
40. Glad, K. A., Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2013). Exploring self-perceived growth in a clinical sample of severely traumatized youth. *Child Abuse & Neglect*. 37(5), 331-342.

41. Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L., Stormyren, S., Indregeard, T., & Wentzel-Larsen, T. (2013). A randomized effectiveness study comparing trauma- focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. doi: 10.1080/15374416.2013.822307
42. Hukkelberg, S. S., & Jensen, T. K. (2011). The dimensionality of posttraumatic stress symptoms and their relationship to depression in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 24, (3), 326-333.

Norske forskningsartikler

1. Eidhammer, S. E., Jahr, H. L., Blix, I., & Jensen, T. K. (2019). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi for barn og ungdom med PTSD og kompleks PTSD. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel-bjorn-christiansens-minnepris/2019/07/traumefokusert-kognitiv-atferdsterapi>
2. Fagermoen, E. M., Østensjø, T., Skagemo, C. U., Moen, G. M., & Husebø, G. (2017). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 54(10), 978-989.
3. Dos Santos, N. E., Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2016). Er det så ille å bli spurt om traumer? Barns opplevelser av traumekartlegging i BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53(7), 536-545.
4. Jensen, T. K. (2011). Posttraumatisk stress hos barn og unge – forståelse og prinsipper for behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), 57-63.
5. Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(3), 235-240.
6. Stormyren, S. D., & Ormhaug, S. M. (2009). Barns reaksjoner på traumatiske opplevelser. *Fosterhjemskontakt*, 28(2), 3-4.

Rapporter

1. Egeland, K. M., Skar, A. M. S., Babaii, A., Borge, R. H., Braathu, N., Bækkelund, H., Endsjø, M., Granly, L., Hansen, K. S., Husebø, G. K., & Peters, N. (2022). Implementering av traumebehandling i spesialisthelsetjenesten: En nasjonal implementering av behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) for barn og voksne. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport Nr 1 2022).

Bokartikler

1. Jensen, T., Granly, L., Hoaas, L. E. C., & Stormyren, S. (2021). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi for barn og unge. I K. Martinsen & R. Hagen (Red.) *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge*, 2 utg. (s. 239-265). Gyldendal Akademisk.
2. Jensen, T. K. (2017). Behandling av traumatiserte barn og ungdom: Traume-fokusert kognitiv atferdsterapi. I J. Kjøbli, H. Eng, S. K. Ertesvåg & I. Frønes (red.) *Å mestre det vanskelige. Individrettede intervensjoner for barn og unge* (s. 97-112). Gyldendal Akademisk.
3. Holt, T. (2016). Betydningen av foreldres reaksjoner og støtte. I C. Överlien, M. I. Hauge & J. H. Schultz (red.) *Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Universitetsforlaget.
4. Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2016). Behandling av barn og ungdom som har erfart traumer Barn, vold og traumer. I C. Överlien, M. I. Hauge & J. H. Schultz (red.) *Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (pp. 237-250). Universitetsforlaget.
5. Jensen, T., K. (2016). "Det er som om stefar er inni hodet mitt hele tiden". Hvordan kan vi forstå og hjelpe traumatiserte barn og ungdom? I H. Haavind & H. Øvreeide (red.), *Barn og Unge i psykoterapi* 2. utgave (pp. 312-337). Oslo: Gyldendal Akademisk.
6. Jensen, T. K., Granly, L. B., Hoaas, L., & Stormyren, S. D. (2012). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi for barn og unge som har vært utsatt for traumer. I K. Martinsen & R. Hagen (red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi for barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Doktorgradsarbeider

1. Ovenstad, K. (2022). Youths' Alliance, Involvement Behaviors, and Therapists' Alliance-building: A Processes–Outcome Study of Youth Receiving Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy. Dobbelkompetansespendiat. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo, Norway. Hovedveileder: Tine K. Jensen. Bi-veileder Silje M. Ormhaug
2. Knutsen, M. (2019) Pathways to recovery: A study of pathways to change for traumatized youth receiving Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy (TF-CBT) or treatment as usual (TAU). Dobbelkompetansespendiat. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo, Norway. Hovedveileder: Tine K. Jensen. Bi-veileder Nikolai Olavi Czajkowski
3. Ormhaug, S. M. (2016). The therapeutic alliance in the treatment of traumatized youths : Relationship to outcome and dropout across rater perspectives and therapeutic interventions. (no. 566), Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo, Oslo. Hovedveileder: Tine K. Jensen. Bi-veileder: Michael Helge Rønnestad
4. Holt, T. (2014). Parental emotional reactions and their role in therapy for traumatized children and adolescents. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo, Norway. Hovedveileder: Tine K. Jensen. Bi-veileder: Jon Martin Sundet.

Master- og hovedoppgaver

1. Giltun, S. & Natvig, M. M. (2023). Bedre og bedre dag for dag? En studie av endring i PTSD-symptomgrupper fra dag til dag hos ungdom i TF-CBT. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
2. Warmedal, R. F. M. & Karlsrud, J. S. (2022). Adolescents with complex PTSD: The daily dynamics of negative cognitions and negative emotions during TF-CBT. Masteroppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
3. Bones, L. & Guren, G. (2022). Barn og diagnosesystemer i utvikling: oppfyller DSM-5 og ICD-11 sine hensikter? Sammenligning av posttraumatisk stresslidelse i DSM-5 og ICD-11 hos norske barn og unge: prevalens, enighet, komorbiditet og prediktorer. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
4. Raaheim, H. F. (2021). Hva virker i traumebehandling for barn og unge med PTSD? En systematisk litteraturgjennomgang om endringsmekanismer, mediatorer og moderatorer i traumefokuserte terapier for barn og unge med PTSD. Hovedoppgave i psykologi, UiO.
5. Anundsen, K. W & Oppedal, M. B. (2021). Emosjonell aktivering og unngåelse hos barn og ungdom som mottar traumefokusert kognitiv atferdsterapi. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
6. Lea, K. & Aarhun, I. (2020) «Jeg kan aldri stole på noen»: En studie av overgeneralisering og akkomodasjon hos traumatiserte ungdommer i behandling. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
7. Bruun, B. (2020). Implementering av rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer i psykisk helsevern for barn og unge. Kan rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer føre til at terapeuter blir bedre til å identifisere barn og unge med posttraumatiske stress-symptomer? Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
8. Iversen, T. B. (2020). «Hvis vi skal ha en helsetjeneste som virker for alle, må vi jo ha ledere som vet hva de gjør» Betydningen av opplæring og veiledning av ledere for implementeringen av kunnskapsbaserte metoder for PTSD i psykisk helsevern. Masteroppgave i Styring og ledelse, OsloMet.
9. Astrup, E. S. (2018). En studie av traumatiserte barns egen involvering i traumenarrativarbeidet i TF-CBT. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

10. Fedøy, B. H. F. (2018). Kartlegging av barn og ungdom for traumer og traumesymptomer: Hvilke faktorer henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)? Masteroppgave i Psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet.
11. Gjestvang, B. (2018). Omsorgens omkostninger – og gleder. En kvalitativ studie om å arbeide med traumatiserte barn i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Masteroppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
12. Eidhammer, S. E. & Jahr, H. L. (2017). Kompleks PTSD hos barn – Hva kjennetegner disse barna, og kan TF-CBT hjelpe? Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
13. Dybing, E. S. & Øia, I. (2017). Talking about trauma in treatment as usual: an exploratory study of relationship to outcome in therapy with children and adolescents. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
14. Kaur, H & Naseem, N. S. (2017) Holdninger til evidensbasert praksis blant ansatte i psykisk helsevern for barn og unge. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
15. Abrahamsen, H. (2016). Terapeuters alliansebyggende strategier innen traumefokusert behandling av barn. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
16. Kristensen, I. (2016). Første samtale med barn og unge som har opplevd traumer: Hva forteller terapeuter? Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
17. Berg, S. G. (2015). Betydningen av tidlig motstand i terapi med traumatiserte barn og ungdom: «Jeg trenger ikke noe hjelp. Jeg er drittlei av at alle tror jeg trenger hjelp». Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
18. Dos Santos, N. E. (2015). Kartlegging av traumer hos barn og unge - Hvordan reagerer barn og unge i BUP? Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
19. Breland, B. D. & Wig, A. B (2014). Terapeutisk allianse i behandling av traumeutsatte barn og unge – Alliansens utvikling og betydning for arbeidet med traumenarrativen. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
20. Knutsen, M. (2013). Kan alle historier deles? En studie av barns narrativer etter en traumatisk hendelse. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
21. Lund, K. B., & Strømmen, T. (2011). «Verden er farlig og eg er en feiging» - en studie av barn og unges tanker etter traumatiserende hendelser. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
22. Dittmann, I. (2010). Opplevelser av å gå i terapi. En kvalitativ intervjuundersøkelse med traumatiserte barn og deres foreldre. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
23. Espenes, L. (2010). Posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og unge som har opplevd traumer. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
24. Øverås, H. (2009). "Møt oss slik vi trenger": å lytte til allianse i psykoterapi med traumatiserte barn og deres foreldre : dialogdansen bestående av bekreftelse, utforskning og meningskontekst. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Appendiks 2

Klinikker for psykisk helsevern for barn og unge som deltar i TF-CBT-prosjektet pr januar 2024

Helse midt	BUP Helse Nord-Trøndelag - sykehuset Levanger	Levanger
Helse midt	BUP Helse Nord-Trøndelag - sykehuset Levanger	Namsos
Helse midt	BUPA helse Møre og Romsdal	Ålesund
Helse midt	BUPA helse Møre og Romsdal	Kristiansund
Helse midt	BUPA helse Møre og Romsdal	Molde
Helse midt	BUPA helse Møre og Romsdal	Volda
Helse midt	BUPA St. Olavs hospital HF	Klostergata
Helse midt	BUPA St. Olavs hospital HF	Nidarø
Helse midt	BUPA St. Olavs hospital HF	Orkanger
Helse midt	BUPA St. Olavs hospital HF	Rosten
Helse nord	BUP Alta - Finnmarkssykehuset	Alta
Helse nord	BUP Helgelandssykehuset	Mo i Rana
Helse nord	BUP Helgelandssykehuset	Mosjøen
Helse nord	BUP Helgelandssykehuset	Sandnessjøen
Helse nord	BUP Kirkenes - Finnmarkssykehuset	Kirkenes
Helse nord	BUPA - Nordlandssykehuset	Indre Salten
Helse nord	BUPA - Nordlandssykehuset	Lofoten enhet Gravdal
Helse nord	BUPA - Nordlandssykehuset	Ytre Salten - Bodø
Helse nord	BUPA - Nordlandssykehuset	Ytre Salten - Ørnes
Helse nord	BUPA - Universitetssykehuset Nord	Silsand
Helse nord	BUPA - Universitetssykehuset Nord	Sjøvegan
Helse nord	BUPA - Universitetssykehuset Nord	Storslett
Helse nord	BUPA - Universitetssykehuset Nord	Tromsø
Helse sør-øst	Abup - Sørlandet sykehus	Kristiansand
Helse sør-øst	Abup - Sykehuset Telemark	Notodden
Helse sør-øst	Abup - Sykehuset Telemark	Grenland Nord
Helse sør-øst	Abup - Sykehuset Telemark	Grenland Sør
Helse sør-øst	Abup - Sykehuset Telemark	Vestmar
Helse sør-øst	BUP - Sykehuset Innlandet	Elverum
Helse sør-øst	BUP - Sykehuset Innlandet	Hamar
Helse sør-øst	BUPA - Akershus universitetssykehus	Furuset

Helse sør-øst	BUPA - Akershus universitetssykehus	Grorud
Helse sør-øst	BUPA - Akershus universitetssykehus	Kongsvinger
Helse sør-øst	BUPA - Akershus universitetssykehus	Nedre Romerike
Helse sør-øst	BUPA - Oslo Universitetssykehus	Oslo Nord
Helse sør-øst	BUPA - Oslo Universitetssykehus	Oslo Syd - Nordstrand
Helse sør-øst	BUPA - Sykehuset Østfold	Askim
Helse sør-øst	BUPA - Sykehuset Østfold	Fredrikstad
Helse sør-øst	BUPA - Sykehuset Østfold	Halden
Helse sør-øst	BUPA - Sykehuset Østfold	Moss
Helse sør-øst	BUPA - Sykehuset Østfold	Sarpsborg
Helse sør-øst	BUPA - Sykehuset Vestfold	Larvik
Helse sør-øst	BUPA - Sykehuset Vestfold	Tønsberg
Helse sør-øst	BUPA - Vestre Viken	Asker
Helse sør-øst	BUPA - Vestre Viken	Bærum
Helse sør-øst	BUPA - Vestre Viken	Drammen
Helse sør-øst	BUPA - Vestre Viken	Kongsberg
Helse sør-øst	BUPA - Vestre Viken	Ringerike
Helse sør-øst	Nic Waals Institutt - Louisenberg	Nic Waals Institutt
Helse Vest	BUP - Betanien	Betanien
Helse Vest	BUP - Helse Fonna	Haugesund
Helse Vest	BUP - Helse Fonna	Stord
Helse Vest	BUPA - Helse Bergen	Åsane
Helse Vest	BUPA - Helse Bergen	Bergen sentrum
Helse Vest	BUPA - Helse Bergen	Fana
Helse Vest	BUPA - Helse Bergen	Nordhordland
Helse Vest	BUPA - Helse Bergen	Øyane
Helse Vest	BUPA - Helse Bergen	Voss
Helse Vest	BUPA - Helse Bergen	Ytrebygda
Helse Vest	BUPA - Helse Stavanger	Bryne
Helse Vest	BUPA - Helse Stavanger	Egersund
Helse Vest	BUPA - Helse Stavanger	Hinna
Helse Vest	BUPA - Helse Stavanger	Madla
Helse Vest	BUPA - Helse Stavanger	Sandnes
Helse Vest	BUPA - Helse Stavanger	Sola
Helse Vest	BUPA - Helse Stavanger	Stavanger sentrum
Helse Vest	Helse Førde	Førde
Helse Vest	Helse Førde	Sogndal

68 klinikker.

Appendiks 3

KARTLEGGING AV TRAUMATISKE ERFARINGER OG SYMPTOMER (KATES-2) SELVRAPPORTERING (7-17 ÅR)

DEL 1 – traumatiske erfaringer

NAVN: _____ DATO: _____

Det hender man opplever stressende eller skremmende ting. Nedenfor er en liste over noen slike stressende og skremmende hendelser. Kryss av JA hvis dette har skjedd deg. Kryss av NEI hvis det ikke har skjedd deg.

	JA	NEI
1. Alvorlig naturkatastrofe, som flom, tornado, orkan, jordskjelv eller brann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alvorlig ulykke eller skade, som bil/sykkelulykke, hundebitt eller idrettskade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Truet, slått eller hardt skadet av noen i familien min.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Truet, slått eller hardt skadet av noen på skolen eller i nærmiljøet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Angrepet, knivstukket, skutt på eller ranet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sett noen i familien min bli truet, slått eller hardt skadet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sett noen på skolen eller i nærmiljøet bli truet, slått eller hardt skadet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Noen har gjort seksuelle ting med meg (som tatt meg på tissen, rumpa, puppene) eller fått meg til å gjøre seksuelle ting med dem når jeg ikke kunne si nei. Eller jeg var tvunget eller presset.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Noen har bedt om eller presset meg til å gjøre seksuelle ting på nettet eller i sosiale medier – som å ta eller sende bilder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Noen har mobbet meg ansikt til ansikt. Sagt veldig stygge ting som skremmer meg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Noen har mobbet meg på internett. Sagt veldig stygge ting som skremmer meg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Noen jeg er glad i har dødd plutselig eller på en brutal måte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Jeg har hatt en stressende eller skremmende medisinsk behandling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Opplevd eller vært i nærheten av krig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Andre stressende eller skremmende hendelser? <u>Beskriv:</u> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Hvilken/hvilke av hendelsene plager deg mest i dag? _____		

Snu arket og svar på de neste spørsmålene om **alle de skremmende og stressende hendelsene du har opplevd.**

DEL 2 - symptomer

Sett en ring rundt 0, 1, 2, eller 3 for å beskrive hvor ofte det som står i listen under har vært plagsomt for deg de siste fire ukene: 0 = Aldri / 1 = Noen ganger / 2 = Ofte / 3 = Nesten hele tiden

1. Opprørende (skremmende/veldig ubehagelige) tanker eller minner av det som skjedde har dukket opp i hodet mitt.	0	1	2	3
2. Hatt vonde drømmer som minner meg om det som skjedde.	0	1	2	3
3. Hatt bilder i hodet mitt av det som skjedde. Det føles som det skjer igjen akkurat nå.	0	1	2	3
4. Blitt veldig urolig, redd eller trist når jeg har blitt minnet om det som skjedde.	0	1	2	3
5. Fått sterke følelser i kroppen når jeg har blitt minnet om det som skjedde (som svetting, hjertebank, urolig mage).	0	1	2	3
6. Jeg prøver å ikke tenke på det som skjedde. Eller å føle noe.	0	1	2	3
7. Jeg holder meg unna alt som minner meg om det som skjedde (personer, steder, ting, situasjoner eller å snakke om det).	0	1	2	3
8. Ikke klart å huske deler av det som skjedde.	0	1	2	3
9. Hatt negative tanker, slik som:				
a. Jeg kommer ikke til å ha et godt liv.	0	1	2	3
b. Jeg kan ikke stole på andre.	0	1	2	3
c. Verden er et utrygt sted.	0	1	2	3
d. Jeg er ikke bra nok.	0	1	2	3
10. Skyld for hendelsen.				
a. Skylder på meg selv for det som skjedde.	0	1	2	3
b. Skylder på andre for det som skjedde, selv om det ikke var deres feil.	0	1	2	3
11. Hatt mye vonde følelser (følt meg redd, sint, skyldig eller skamfull).	0	1	2	3
12. Ikke hatt lyst til å gjøre ting jeg har pleid å gjøre.	0	1	2	3
13. Ikke kjent nærhet til andre mennesker.	0	1	2	3
14. Ikke klart å ha gode eller glade følelser.	0	1	2	3
15. Å takle sterke følelser.				
a. Det er veldig vanskelig for meg å roe meg ned når jeg er opprørt.	0	1	2	3
b. Jeg føler meg sint. Har sinneutbrudd som går utover andre.	0	1	2	3
16. Jeg har gjort farlige eller utrygge ting.	0	1	2	3
17. Vært mere forsiktig enn vanlig (sjekker hvem som er rundt meg).	0	1	2	3
18. Vært skvetten.	0	1	2	3
19. Hatt problemer med å konsentrere meg.	0	1	2	3
20. Hatt problemer med å sovne eller sove gjennom hele natten.	0	1	2	3

Har disse problemene gjort noe med:

	JA	NEI		JA	NEI
1. Hvordan du har det med andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Hvordan du har det sammen med andre i familien din	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Fritidsaktiviteter/om du har det gøy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Hvor fornøyd du er med livet ditt nå	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Skole eller arbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

SKÅRING MED GRENSEVERDIER FOR SCREENING

Barnets navn: _____ Dato: _____ Behandlingstraume(r): _____

Skåring for intensitet av posttraumatiske stressymptomer (DSM-5 PTSD)

Sum av symptomer på spørsmål 1 til 20.
 Bruk kun en skåre for #9, #10 and #15. Bruk kun det spørsmålet barnet skårer høyest på.

Sum av DSM-5 PTSD = _____

CATS 7-17 år Skåre <15 Normalt. Ikke klinisk forhøyet.*	CATS 7-17 år Skåre 15-20 Moderat traumerelatert stress.*	CATS 7-17 år Skåre ≥ 21* Forhøyet stress. Over klinisk grense.*	CATS 7-17 år Skåre ≥ 25* Høyt traumerelatert stress. Sannsynlig PTSD.*
--	--	---	--

*Valideringsstudie: Sachser et al., 2022

Skåring for intensitet av posttraumatiske stressymptomer (ICD-11 PTSD)

Sum av symptomer på spørsmål #2, #3, #6, #7, #17, #18.

Sum av ICD-11 PTSD = _____

CATS 7-17 år Skåre <5 Normalt. Ikke klinisk forhøyet.*	CATS 7-17 år Skåre 5-6 Moderat traumerelatert stress.*	CATS 7-17 år Skåre ≥ 7* Forhøyet stress. Over klinisk grense.*	CATS 7-17 år Skåre ≥ 9* Høyt traumerelatert stress. Sannsynlig PTSD.*
---	--	--	---

*Valideringsstudie: Sachser et al., 2022

Skåring for intensitet av posttraumatiske stressymptomer (ICD-11 CPTSD)

Sum av symptomer på spørsmål #2, #3, #6, #7, #9b, #9d, #10a, #13, #14, #15a, #17, #18.

Sum av ICD-11 CPTSD = _____

CATS 7-17 år Skåre <10* Normalt. Ikke klinisk forhøyet*	CATS 7-17 år Skåre 10-12* Moderat traumerelatert stress.*	CATS 7-17 år Skåre ≥ 13* Forhøyet stress. Over klinisk grense.*	CATS 7-17 år Skåre ≥ 16* Høyt traumerelatert stress. Sannsynlig CPTSD.*
--	---	---	---

* Foreløpige kliniske grenser, avventer validering.

SKÅRING FOR Å STILLE SANNSYNLIG DIAGNOSE

Barnets navn: _____ Dato: _____ Behandlingstraume(r): _____

DSM-5 PTSD

DSM-5-kriterier:	Antall symptomer (Kun skåre på 2 eller 3 regnes som symptom)	Antall symptomer som må være oppfylt:	Er DSM-5-kriteriet oppfylt?	
Gjenopplevelse Spørsmål 1-5		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Unngåelse Spørsmål 6-7		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Negativ endring i humør/tanker Spørsmål 8-14 (høyeste av 9 og 10)		2+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hyperaktivering Spørsmål 15-20 (høyeste av 15)		2+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Innvirkning på fungering i dagliglivet 1-5 Ja/nei-spørsmål		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Sannsynlig DSM-5 PTSD-diagnose*			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

ICD-11 PTSD og CPTSD

ICD-11-kriterier:	Antall symptomer (Kun skåre på 2 eller 3 regnes som symptom)	Antall symptomer som må være oppfylt:	Er ICD-11-kriteriet oppfylt?	
Gjenopplevelse Spørsmål 2, 3		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Unngåelse Spørsmål 6, 7		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hyperaktivering Spørsmål 17, 18		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Innvirkning på fungering i dagliglivet 1-5 Ja/nei-spørsmål		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Sannsynlig ICD-11 PTSD-diagnose*			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

CPTSD-kriterier (kun hvis kriterier for ICD-11 PTSD er oppfylt):				
Emosjonsregulering Spørsmål 14, 15a		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Negativt selvkonsept Spørsmål 9d, 10a		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Interpersonlige vansker Spørsmål 9b, 13		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Sannsynlig ICD-11 CPTSD-diagnose*			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

*KATES-2 er laget for å være et kartleggingsinstrument som kan brukes til screening. Forhøyede skåre kan bety at traumefokusert behandling kan være nyttig. Siden KATES-2 er et selvrapporteringsinstrument bør behandlere imidlertid være forsiktige med å bruke det som et diagnostisk verktøy.

KATES-2 (SACHSER ET AL., 2022)
Norsk versjon v/Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
Ved spørsmål kontakt Tine K. Jensen tine.jensen@nkvts.no eller Marianne S. Birkeland m.s.birkeland@nkvts.no.

Hvordan kan vi identifisere traumatiserte barn i BUP? Hva slags hjelp trenger de? Hva er sentrale endringsprosesser for å redusere traumerelaterte plager? Er det mulig å organisere tjenestene slik at traumeutsatte barn tilbys evidensbaserte behandlingsmetoder?

Denne rapporten gir svar på disse spørsmålene ved å oppsummere 15 år med NKVTS sin forskning på og implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i barn og unges psykiske helsevern (BUP) i Norge.

Vi har gjennomført en randomisert kontrollert studie, flere naturalistiske kvantitative kryss-seksjonelle og longitudinelle pre-poststudier, kvalitative studier og observasjonsstudier basert på lydopptak fra behandlingstimer. Totalt har minst 24 000 personer deltatt i en eller flere av datainnsamlingene våre gjennom disse årene.

For å kunne identifisere barn som kan ha nytte av TF-CBT, er det nødvendig med rutinemessig kartlegging av alle barn i BUP. Forskningen vår tyder på at barn, foreldre og terapeuter generelt sett er fornøyde med TF-CBT og opplever god effekt. Effekten vedvarer etter avsluttet behandling. En god relasjon er nødvendig for å få gjennomført behandlingen, hvor både eksponering og kognitiv bearbeiding er viktige komponenter. Foreldre eller andre omsorgsgivere kan være en viktig støtte underveis, men det er ikke nødvendig å ha med omsorgsgiver for å få god effekt av TF-CBT.

Erfaringene våre viser at det er mulig å implementere evidensbaserte behandlingsmodeller i de norske helsetjenestene. Imidlertid er det nødvendig å bruke implementeringsmodeller som inkluderer systematiske vurderinger av metodetroskap (fidelitet) og behandlingseffekt. Terapeuter må gis tilstrekkelige rammebetingelser for opplæring og veiledning. Klinikkledere må støtte opp om implementeringsprosessen.

En gjennomgående utfordring har vært å utvikle gode systemer for å identifisere traumatiserte barn slik at de kan tilbys en traumefokusert behandling. Selv om mye er oppnådd de siste 15 årene, trenger vi fortsatt bedre rutiner for systematisk evaluering av behandlingseffekter og systemer for å sikre likeverdige tjenester i alle landets BUP-er.



**Rapporter kan lastes ned
fra www.nkvts.no**

ISSN 0809-9103

ISBN 978-82-8122-179-6 (Trykk)

ISBN 978-82-8122-180-2 (PDF)

Rapport Nr. 1 2024