



Implementering av kunnskaps- basert behandling av PTSD hos voksne i klinikk

Oppsummering av pilotprosjekt

Harald Bækkelund, Marianne Bergerud-Wichstrøm,
Anna Mørck, Mathilde Endsjø og Jone Aareskjold

Juni 2017

1	Sammendrag.....	3
2	Innledning.....	4
3	Faglig bakgrunn.....	5
3.1	Traumeerfaringer i den norske befolkningen	5
3.2	Posttraumatisk stresslidelse (PTSD).....	5
3.3	Behandling av PTSD	5
3.4	Forskning på PTSD-behandling i Norge	6
3.5	Bruk av evidensbasert PTSD-behandling i Norge og internasjonalt	6
3.6	CT-PTSD og EMDR	7
3.7	Mulige kontraindikasjoner ved PTSD-behandling	7
4	Kartlegging av tilbud om spesialisert traumebehandling for voksne	9
4.1	Målsetting	9
4.2	Metode.....	9
4.3	Resultater	10
4.4	Konklusjon	14
5	Klinisk utprøving for å undersøke gjennomførbarhet	17
5.1	Gjennomføring	17
5.2	Resultater	22
5.3	Oppsummering	28
6	Erfaringsinnhenting	29
6.1	Implementeringsforskning.....	29
6.2	Hva virker i implementering?.....	30
6.3	Internasjonale erfaringer.....	31
6.4	Implementering av TF-CBT i klinikk.....	32
6.5	Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging.....	34
7	Planer for videre implementering	39
7.1	Hovedtrekk	39
7.2	Rekruttering av klinikker.....	39
7.3	Opplæring	39
7.4	Implementeringstiltak rettet mot ytre kontekst.....	40
7.5	Implementeringstiltak rettet mot indre kontekst.....	41
7.6	Brukermedvirkning	43
8	Referanser.....	45

1 Sammendrag

Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress har fra mai 2016 til mai 2017 gjennomført et pilotprosjekt om implementering av kunnskapsbasert behandling for posttraumatisk stresslidelse hos voksne i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har søkt å danne et kunnskapsgrunnlag for en slik implementering og undersøke hvorvidt det er gjennomførbart. Siktemålet er en fremtidig nasjonal implementering.

I løpet av prosjektperioden har det blitt gjennomført en klinisk utprøving ved to distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Behandlere har fått opplæring i evidensbasert behandling av PTSD og det har blitt systematisk samlet inn data på behandlingsforløp og implementering. Prosjektet har også kartlagt eksisterende traumebehandlingstilbud gjennom systematiske intervjuer med ledere i tjenestene. Videre har kunnskapsgrunnlaget blitt undersøkt gjennom erfaringsinnhenting fra nasjonale og internasjonale implementeringsprosjekter av traumebehandling.

Klinisk utprøving viser at det er interesse og behov for evidensbaserte metoder for behandling av PTSD i tjenestene og at behandlere kan gjennomføre metodene etter opplæring. Det er imidlertid utfordringer knyttet til organisering og opplæring. Dette understøttes av nasjonale og internasjonale erfaringer som viser at implementering er gjennomførbar, men at det er barrierer som må håndteres. Særlig kan usikkerhet knyttet til om pasientene tåler eksponerende behandling og metodenes anvendbarhet ved komplekse tilstander redusere bruk av evidensbasert behandling. Høyt arbeidspress og manglende tilrettelegging i tjenestene er også hindringer. Kartleggingen av det eksisterende spesialiserte traumebehandlingstilbudet er svært variert og det kan virke tilfeldig hvor kompetansen og tilbudet finnes. Denne variasjonen i tjenestetilbudet antyder viktigheten av videre implementering.

Ut i fra resultater fra pilotprosjektet konkluderer vi med at videre implementering er mulig og ønskelig. Utprøving i klinikk har gitt oss erfaringer om viktige tilpasninger som bør gjøres i det videre arbeidet. For videre utvidet implementering foreslår vi samarbeidsformer med andre kompetansesentre og opplæringsmiljøer, samt utprøving av målrettede implementeringstiltak.

2 Innledning

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) skal utvikle og bidra til implementering av kunnskapsbasert traumebehandling for voksne), jf Prop. 1 S (2015-2016). Dette skal skje i samarbeid med de Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). NKVTS fikk i 2016 i oppdrag å gjennomføre et pilotprosjekt ved utvalgte distriktpsykiatriske sentre, «Implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD hos voksne i klinikk», jf. senterets prosjektplan mottatt 19.02.16. Prosjektet bygget på en prosjektbeskrivelse levert Helsedirektoratet i januar 2016. Helsedirektoratet og NKVTS hadde i tillegg et møte i juni 2016 der rammene for prosjektet ble ytterligere klarlagt.

Prosjektet innebærer klinisk utprøving av to evidensbaserte behandlingsmetoder for PTSD: Kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD) og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Videre skulle det utarbeides en plan for implementering basert på erfaringer fra pilotprosjektet, inkludert forslag til mulige samarbeidsformer med de regionale helseforetakene og RVTSene. Kunnskap og erfaring fra utvikling og implementering av TF-CBT for barn og unge skal legges til grunn. RVTSene sine erfaringer fra kunnskapsbasert opplæring i forståelse og behandling av traumatiserte i spesialisthelsetjenesten skal være med og danne grunnlag for arbeidet. Det er også ønskelig med en kartlegging av eksisterende behandlingstilbud til traumatiserte i helseforetakene.

Målsettingene med pilotprosjektet har således vært tredelt:

1. Kartlegging av eksisterende traumebehandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten
2. Klinisk utprøving av evidensbasert behandling for å undersøke gjennomførbarhet (feasability)
3. Innhenting av implementeringserfaringer nasjonalt og internasjonalt

Prosjektet har blitt gjennomført i henhold til målsettingen fra mai 2016 til mai 2017. I denne rapporten oppsummeres resultater og erfaringer. Første del av rapporten gir en kort faglig bakgrunn for prosjektet og presenterer resultater fra kartlegging av eksisterende spesialiserte behandlingstilbud for traumelidelser. Deretter presenteres resultater og erfaringer fra klinisk utprøving av behandlingsmetodene ved to distriktpsykiatriske sentre. Siste del av rapporten beskriver internasjonale og nasjonale erfaringer med implementering av traumebehandling, og skisserer en plan for et utvidet implementeringsprosjekt.

3 Faglig bakgrunn

3.1 Traumeerfaringer i den norske befolkningen

En landsdekkende studie av vold og overgrep i et livsløpsperspektiv fant et betydelig omfang i den norske populasjonen (Thoresen & Hjemdal, 2014). For eksempel rapporterte 9,4 % av kvinnene å ha opplevd voldtekt, mens halvparten av rapporterte seksuelle overgrep hadde skjedd før fylte 18 år. Nesten en tredjedel rapporterte vold fra foreldre, og nesten en tredjedel rapporterte å ha opplevd minst en form for alvorlig vold etter fylte 18 år. Forskerne fant videre høy grad av multiviktimisering, som vil si at mange hadde opplevd flere former for vold og overgrep. I tillegg hadde mennesker utsatt for vold og overgrep i ung alder, økt risiko for å bli utsatt i voksen alder. Dette er i samsvar med andre studier som har funnet høy grad av reviktimisering etter overgrep i barndommen (Strøm, Hjemdal, Myhre, Wentzel-Larsen, & Thoresen, 2017; Thoresen, Myhre, Wentzel-Larsen, Aakvaag, & Hjemdal, 2015).

3.2 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en psykisk lidelse som kan oppstå etter å ha opplevd livstruende eller ekstremt belastende hendelser som ulykker, overgrep eller vold. Symptomer inkluderer gjentatte, ufrivillige og påtrengende minner, unngåelse av «triggere» eller situasjoner som kan aktivere minnet, hyperaktivering og endringer i oppfatninger av en selv, andre og verden. Symptomene kan føre til betydelig subjektiv lidelse og redusert fungering, sosial isolasjon, økt risiko for suicid og utvikling av komorbide lidelser som depresjon, angst og rusmisbruk (Bisson, Cosgrove, Lewis, & Roberts, 2015).

I en nylig gjennomført studie av epidemiologien av PTSD i Norge, ble det funnet livstidsprevalens på 4,3 % for kvinner og 1,4 % for menn (Lassemo, Sandanger, Nygård, & Sørgaard, 2017). Den gjennomsnittlige varigheten på lidelsen var 9 år for kvinner og 17 år for menn. I en nylig gjennomført studie av epidemiologien av PTSD i Norge, ble det funnet livstidsprevalens på 4,3 % for kvinner og 1,4 % for menn (Lassemo, Sandanger, Nygård, & Sørgaard, 2017). Den gjennomsnittlige varigheten på lidelsen var 9 år for kvinner og 17 år for menn.

3.3 Behandling av PTSD

Det er ikke utarbeidet egne retningslinjer for behandling av PTSD i Norge, men lidelsen er kort beskrevet i «Angst – kliniske retningslinjer for utredning og behandling», utgitt av Statens helsetilsyn i 2000. Der blir «eksponeringsbehandling, kognitiv terapi, psykodynamisk korttidsterapi og langtidsterapi» trukket frem som anbefalte terapiformer. I retningslinjer utarbeidet av National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2005) blir traumefokusert kognitiv atferdsterapi (KAT) og EMDR anbefalt for pasienter med alvorlige PTSD-symptomer og ved varig PTSD. Dersom pasienten opplever det som overveldende å gå

inn på traumatiske minner, anbefales det å bruke tid på etablering av relasjon og emosjonell stabilisering, men det legges også vekt på at behandlingen bør være kortvarig og fokusert der det er mulig. Behandlingen bør bestå av jevnlige og kontinuerlige sesjoner, og det anbefales en varighet på 90 minutter når traumeminner skal gjennomgås.

Flere metaanalyser av behandlinger for PTSD har vist effekt av traumefokusert psykoterapi (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, & Lewis, 2013; Cusack et al., 2016), og at traumefokusert psykoterapi kan være mer effektivt enn ikke-traumefokusert psykoterapi og medikamentell behandling alene (Lee et al., 2016). Cusack et al. (2016) fant størst «strength of evidence» (SOE) ved eksponeringsbasert terapi. Traumefokusert KAT hadde moderat SOE og EMDR hadde lav til moderat SOE. I en sammenligning av traumefokusert CBT og EMDR, ble EMDR funnet å være noe mer effektiv i behandling av PTSD (Chen, Zhang, Hu, & Liang, 2015). I studien blir EMDR foreslått å anbefales for pasienter med fremtredende intrusjoner og hyperaktivering. EMDR har også vist seg å være trygg i behandling av pasienter med kognitive svekkelser (Jowett et al., 2016).

3.4 Forskning på PTSD-behandling i Norge

Avdeling for angstlidelser ved Modum Bad har utført en kontrollert sammenligning av standard forlenget eksponering og en modifisert utgave der komponenten forestilt eksponering er erstattet av en teknikk som går ut på å levende forestille seg et endret forløp av traumat. Det var ingen forskjell i utfall mellom de to betingelsene. En kontrollert studie av narrativ eksponeringsterapi (NET) sammenlignet med ”treatment as usual” (TAU) for flyktninger med PTSD ved RVTS-Midt-Norge viste bedre effekt av NET (Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013). Det pågår en kontrollert studie av metakognitiv terapi og EMDR for PTSD ved St. Olav Hospital, Trondheim. NKVTS har gjennomført en kontrollert sammenligning av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) og TAU for barn og ungdom med PTSD. I denne studien viste TF-CBT seg å gi bedre resultat enn TAU (Jensen et al., 2014). Studien er fulgt opp med prosjektet ”TF-CBT – Implementering i klinikk” som er en nasjonal implementering av traumefokusert KAT

3.5 Bruk av evidensbasert PTSD-behandling i Norge og internasjonalt

I en undersøkelse av terapeuter i norsk spesialisthelsetjeneste, rapporterte kun 35 % å ha kunnskap om innholdet i de nasjonale retningslinjene for PTSD-behandling, og forsøkte å handle etter disse (Ulvenes, Hoffart, & Wampold, 2016). Disse funnene er i samsvar med internasjonale studier som tyder på at evidensbasert behandling er underutnyttet og vanskelig å implementere. En undersøkelse har blant annet vist at imaginær eksponering var den minst brukte formen for PTSD-behandling blant europeiske traumeterapeuter (van Minnen et al., 2016). Implementering av evidensbasert behandling for PTSD har videre vist seg å være utfordrende i det amerikanske helsesystemet, der veteraner ofte blir tilbudt andre former for behandling (Rosen et al., 2016). I en studie av amerikanske psykologers holdninger til, og

bruk av, eksponeringsbasert behandling for PTSD, var det kun et mindretall av psykologene som rapporterte å anvende seg av denne formen for behandling (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004). Dette var også tilfelle hos psykologer som hadde blitt trent opp, samt uttrykte stor interesse for eksponeringsbasert behandling.

3.6 CT-PTSD og EMDR

Kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD) er basert på en modell som antar at PTSD utvikles dersom den traumatiske hendelsen bearbeides på en måte som opprettholder opplevelsen av alvorlig nåværende trussel (Ehlers & Clark, 2000). Når opplevelsen av trussel vekkes, oppstår symptomer som påtrengende minner og hyperaktivering, og sterke emosjoner som angst, sinne, skam, skyld og/eller tristhet. CT-PTSD går blant annet ut på å motarbeide de opprettholdende faktorene, bearbeide traumeminner, endre antagelser og betydninger knyttet til traumeminnet eller konsekvensene av traumeminnet, og gi slipp på uhensiktsmessige strategier.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bygger på den såkalte adaptive bearbeidingsmodellen (Shapiro & Laliotis, 2015). Denne antar at «hverdagslige» opplevelser av stress blir bearbeidet på en måte som gjør at følelser reguleres og selvbildet opprettholdes. Ved traumatiske minner blir psyken derimot overveldet, noe som hindrer opplevelser fra å bli integrert i det eksisterende nettverket av minner, og resulterer i at minnet forblir ubearbeidet. Ubearbeidede traumatiske minner blir lett aktivert av ytre og indre stimuli, og emosjoner, oppfatninger av selv og andre, og fornemmelser fra hendelsen vekkes. Disse reaksjonene er ofte dårlig tilpasset den nåværende situasjonen, og fører til videre problemer. I EMDR-behandling er målet å bearbeide traumatiske minner ved samtidig å fokusere på (a) spontane assosiasjoner til traumatiske bilder, tanker, emosjoner og kroppslige sensasjoner, og (b) bilateral stimulering, som oftest gjort med raske øyebevegelser. Det er usikkerhet rundt de effektive faktorene ved EMDR, men det har blant annet blitt foreslått at den bilaterale stimuleringen bidrar til å hemme traumeminnet ved å anstrenge arbeidshukommelsen (van den Hout & Engelhard, 2012), eller ved delt oppmerksomhet (Sack et al., 2016).

3.7 Mulige kontraindikasjoner ved PTSD-behandling

Som i forskning generelt, har forskning på traumebehandling ofte foregått i form av randomiserte kontrollerte studier, der pasienter med for eksempel spesifikke demografiske karakteristikk, komorbide lidelser og personlighetsforstyrrelser har blitt ekskludert (Ehlers et al., 2013). Leeman og kolleger (2017) trekker blant annet frem pasienter med komorbide rusmisbruk som en neglisjert gruppe i forskning på PTSD-behandling. I mange studier har man også observert høyere frafallsrate ved minnebearbeidende behandling og det har vært usikkerhet knyttet til mulig symptomforverring (Bisson et al., 2013). Som et resultat av dette anbefales det ofte varsomhet i behandling av pasienter med komorbide tilstander. I tillegg anbefaler noen forskere og teoretikere eksplisitt å ikke behandle pasienter med *kompleks*

PTSD med behandlinger som involverer minnebearbeiding (Ford et al., 2012). Dette er en diagnostisk betegnelse på pasienter med mange tilleggsplager utover PTSD-symptomene, ofte som et resultat av repetert traumatisering (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, & Maercker, 2013). For denne gruppa skisseres en *faseorientert* behandlingsform der første fase fokuserer på stabilisering av tilstanden. Behandlingen er fokusert på sikkerhet, emosjonsregulering og interpersonlige vansker i hverdagen, uten direkte bearbeiding av traumeminner. Først når pasienten er tilstrekkelig stabilisert anbefales det å initiere eksponerende traumebehandling, dersom pasienten ønsker det.

Det er imidlertid lite evidens som støtter antagelsene om komorbiditet og komplekse traumer som kontraindikasjoner til traumefokusert behandling. Tvert imot har flere studier og metastudier undersøkt hvorvidt komorbiditet kan predikere frafall og behandlingsutfall, og funnet lite eller ingen påvirkning av komorbide personlighetsvansker eller rusmisbruk (van Minnen, Harned, Zoellner, & Mills, 2012), depresjon eller skam (Rizvi, Vogt, & Resick, 2009), dissosiasjon (Hagenaars, van Minnen, & Hoogduin, 2010; Minnen & Harned, 2012), eller psykose (Sin, Spain, Furuta, Murrells, & Norman, 2017). I en kritisk analyse av De Jongh et al. (2016) er det foreslått at de nåværende retningslinjene, som spesielt anbefaler en stabiliseringsfase ved komplekse traumer, kan være for konservative og føre til at pasienter blir forhindret eller forsinket i å motta behandling. Videre har studier vist at både EMDR og traumefokusert CBT kan være effektive og trygge i behandlingen av PTSD hos pasienter med komorbid psykose (van den Berg et al., 2015), og dissociative symptomer ser ikke ut til å hemme effekten av traumefokusert CBT (Halvorsen, Stenmark, Neuner, & Nordahl, 2014). En studie av 330 pasienter behandlet med CT-PTSD i en britisk poliklinikk fant liten sammenheng mellom vanlige eksklusjonskriterier i RCT-er (f.eks. demografiske variabler og komorbiditet) og utfall (Ehlers et al., 2013). Ved multiple traumer og alvorlig komorbiditet fant studien at det ofte var tilstrekkelig å utvide behandlingens varighet. De konkluderte med at resultatene støttet effektiviteten ved CT-PTSD i behandlingen av pasienter i rutinemessige kliniske tjenester.

4 Kartlegging av tilbud om spesialisert traumebehandling for voksne

4.1 Målsetting

Før man går i gang med å implementere kunnskapsbasert traumebehandling, var det ønskelig, i tillegg til å gjøre en pilot, å få en oversikt over eksisterende tilbud om spesialisert traumebehandling og hvilke behandlingsmetoder for PTSD og traumelidelser som benyttes i dag. Vi har derfor gjort en kartlegging av behandlingstilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten i helseforetakene. Siden det er god oversikt over hva som gjøres gjennom private aktører som helseforetakene benytter (som f. eks. Modum Bad, Senter for krisepsykologi og klinikken ved Viken senter), er de ikke inkludert i denne kartleggingen.

4.2 Metode

I utgangspunktet har vi benyttet «snøballmetoden», hvor vi startet med noen kjente tilbud om traumebehandling: Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer ved Sørlandet sykehus, Transkulturelt senter ved Stavanger universitetssykehus og Nidaros DPS. I tillegg har vi gått gjennom nettsidene til alle helseforetakene og sett på informasjon om traumebehandling som er lagt ut under «behandlinger» og under distriktpsykiatriske sentra (DPS) i de enkelte helseforetakene i landet. De som hadde anført traumebehandling ble kontaktet og de som bekreftet et spesialisert behandlingstilbud fikk tilsendt noen spørsmål om målgruppe, behandlingstilnærming, omfang og organisering.

Det ble utarbeidet et enkelt spørreskjema på nett gjennom Universitetet i Oslos egen tjeneste «Nettskjema», som er et verktøy for å utforme og administrere datainnsamling ved hjelp av skjemaer på nett. 14 DPS mottok spørreskjema og vi har fått svar fra ni. Det er altså ikke nok materiale til å lage noe statistikk, og behandlingstilbudene vil derfor bli presentert enkeltvis.

I en undersøkelse gjort av Rambøll i 2016 for Helsedirektoratet om psykososial oppfølging av, og helsetjenestetilbud til asylsøkere¹ ble det spurt om spesialiserte traumeenheter i opptaksområdet til BUP-er og DPS-er. Der kommer det fram at 45 % av DPS-ene har spesialiserte traumeenheter. Dette kommer ikke fram på helseforetakenes egne nettsider hvor vi altså bare har funnet 12 DPS-er som tilbyr spesialisert behandling av PTSD. De som ble kontaktet og som ikke fikk tilsendt spørreskjema forklarte at traumebehandling var en integrert del av deres generelle behandlingstilbud og ikke et spesialisert tilbud.

¹ Rambøll (2016): Psykososial oppfølging av og helsetjenestetilbud til asylsøkere. Notat til Helsedirektoratet

4.3 Resultater

I det følgende vil vi presentere traumebehandlingstilbudene individuelt, før vi sier noe mer generelt om status for spesialisert traumebehandling.

4.3.1 Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer (SPST) ved Sørlandet sykehus

SPST er en avdeling i Klinikk for psykisk helse ved Sørlandet sykehus, med spesialkompetanse innen traumefokusert behandling. Virksomheten omfatter primært konsultativ bistand overfor samarbeidende instanser, samt fagutvikling. En andel av virksomheten er imidlertid også knyttet til klinisk behandling, etter sekundærhenvisning fra annen sykehusavdeling eller DPS. SPSTs spesialkompetanse innebærer bl.a. å utvikle faglig kompetanse på traumer og bidra til god faglig samhandling og veiledning, i tillegg til et særlig ansvar for migrasjonshelse.

Om målgruppen og metoder

Kriterier for å ta pasienter i behandling inkluderer PTSD, voldsutsatthet, akutt hendelse, seksuelt overgrep og torturskader. Kjentegn ved pasientgruppen ellers er at mange ofte har vært lenge i psykisk helsevern. Mange pasienter med kompleks PTSD trenger lang tid i behandling, og dette er det ikke rom for i DPS. SPST gir også veiledning til behandlere i DPS som har pasienter med vanskelige og kompliserte traumer. De har også gjort noe gruppebehandling og noe korttidsbehandling av somatiske pasienter i sykehuset, for eksempel terminale kreftpasienter.

Det brukes flere ulike metoder som EMDR, kognitiv terapi for PTSD, sensorimotorisk psykoterapi, metakognitiv terapi, kropporientert psykodynamisk psykoterapi, CBT, stabiliserende behandling, samt elementer av narrativ eksponeringsterapi (NET).

Omfang og kapasitet

Poliklinikken har 11 terapeuter (inkludert leder) og bruker til sammen 10,2 årsverk. Behandlernes fagbakgrunn er som psykologer, psykiatere, sosionomer, fysioterapeut, spesialist i samfunnsmedisin, master i psykisk helse og terapiutdanning, samt kraniosakralterapeut. Alle er spesialister på traumebehandling.

Per i dag er det 227 pasienter som til en hver tid har tilbud om behandling, og i løpet av et år har de 3800 konsultasjoner (ikke nødvendigvis alle som får behandling). Siden driften ligger i en fast avdeling på sykehus, er driften stabil og utsikten for fremtidig drift er relativt sikker.

Organisering

Det er sykehusavdelinger og DPS som henviser pasienter, og senteret har gjennomsnittlig i underkant av sju henvisninger i måneden. Antallet varierer over tid, men de kan selv styre

hvor mange de tar inn i behandling, da de også veileder behandlere i DPS i deres behandling. Tilbudet gjøres kjent i kontakt med DPS-enes inntaksteam og informasjon til somatiske avdelinger på sykehuset.

Tilbudet startet som et eget prosjekt, men har sitt utspring bl.a. fra Psykososialt team for flyktninger, som etter hvert ble en egen avdeling ved sykehuset. Midlene til tiltaket kommer fra helseforetakets budsjett og innsatsstyrt finansiering.

4.3.2 Transkulturelt senter, Stavanger

Transkulturelt senter har som målsetting å bidra til at traumatiserte flyktninger og asylsøkere får et likeverdig helsetilbud, med spesielt fokus på psykisk helse. Den kliniske virksomheten tar som regel sekundærhenvisninger fra andrelinjetjenesten. Senteret er organisert under Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger universitetssykehus (SUS), men behandler alle aldersgrupper. De jobber direkte med pasientrettet arbeid, konsultasjonsvirksomhet, veiledning og undervisning, og samarbeider tett med viktige aktører innen flyktningefeltet.

Om målgrupper og metoder

Kriterier for å inkludere pasienter er PTSD, at de er flyktninger/asylsøkere, voldsutsatthet, akutte hendelser, psykoser, seksuelle overgrep, generell traumatisering og tortur. Generelt er problematikk relatert til flyktning- og asylstatus og kulturelle utfordringer vanlig. Dette gjelder også barn av foreldre med slik problematikk.

Senteret driver poliklinisk virksomhet, som omfatter både individuell terapi og gruppebehandling. De kan også tilby ambulante tjenester. I tillegg driver de veiledning og gir konsultasjon til andre som arbeider med pasienten. Av behandlingsmetoder kan nevnes EMDR og kognitiv terapi for PTSD. Senteret har ansvar for metodeutvikling som fortløpende evalueres.

I tillegg driver de med relasjonsbygging, stabilisering, psykoedukasjon, leketerapi, familie- og støttesamtaler. De har et utstrakt samarbeid med andre offentlige tjenester og organisasjoner som jobber med målgruppen.

Omfang og kapasitet

Fire behandlerstillinger og en merkantil stilling brukes til dette tilbudet, noe som utgjør fem årsverk. Et behandlingsforløp kan vare i alt fra 6 måneder til flere år. Hver sesjon er 60 minutter. Senteret har ansatt psykologspesialister, psykiatere og en sosionom, som alle er spesialister på temaet, men jobber med hele spekteret av psykiske lidelser.

Per i dag er det pluss-minus 110 pasienter som får traumebehandlingstilbud. Tilbudet har vært i drift i tre år, og har gode utsikter for videre drift, da de er underlagt ordinære driftsrammer i psykiatrisk divisjon ved SUS. Tilbudet er i stadig utvikling og søkes utvidet.

Organisering

De får ca. 10 henvisninger i måneden og de kommer fra: andre sykehusavdelinger, fastlege, DPS, avtalespesialister, kommunehelsetjenesten og andre (f.eks. helsestasjoner, asylmottak, pårørende, barnevern, men da etter forutgående drøfting). Tilbudet ble opprettet som et pilotprosjekt i 2014, men ble i 2016 underlagt ordinære driftsrammer ved divisjonen, underlagt BUPA. F.o.m. 2017 er enheten organisert i en ny klinikk for barn, ungdom, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og flyktninger. Tilstrømning og forløp har forholdt seg jevnt over tid. Tilbudet gjøres kjent gjennom samarbeidspartnere (se over), via media og gjennom informasjonsmateriell.

4.3.3 RVTS Midt, Klinikk for flyktningehelse, traumer og tortur (Trondheim)

Faggruppe Flyktninger ved RVTS Midt har en poliklinisk virksomhet for flyktninger som har vært utsatt for traumatiske erfaringer og tortur. Klinikken bistår med diagnostisk vurdering og avgrenset traumerettet behandling. De gir også et tilbud ved retur av fremmedkrigere bosatt i Norge. Klinikken ligger under RVTS og Helse Midt-Norge ved St. Olavs hospitals avdeling for forskning og fagutvikling.

Om målgrupper og metoder

Pasientgruppen er flyktninger, asylsøkere og papirløse og således behøver de ikke være såkalte rettighetspasienter. Kriteriene for å ta pasienter inn i behandling er PTSD (og andre traumesymptomer), akutte hendelser, seksuelle overgrep, generell traumatisering.

Pasientgruppen kjennetegnes ellers av at de ofte har komplekse traumer, og er preget av hendelser relatert til krig.

Metodene som brukes inkluderer EMDR, Forlenget eksponering, Sensomotorisk psykoterapi, Narrativ eksponeringsterapi. I tillegg til behandling driver de også med utdanning og forskning på narrativ eksponeringsterapi gjennom RVTS.

Omfang og kapasitet

Det er seks personer som til sammen jobber 1,2 årsverk ved denne klinikken. Det er psykologspesialist, psykiater, kunst- og uttrykksterapeut, fysioterapeut og dramaterapeut. Det

er ca. 15 pasienter i behandling til en hver tid (individual- eller familierapi)², og ca 50 pasienter i løpet av et år. Lengden på en sesjon varierer avhengig av om de bruker tolk (90 minutter med tolk, 60 minutter uten). Et gjennomsnittlig behandlingsforløp er mellom et halvt og ett år, men kan variere veldig fra fem timer til 40.

Behandlingstilbudet ble startet under Psykososialt team for flyktninger og har vært i drift i ca. 25 år. Tilbudet er fortsatt svært etterspurt, men fremtidige utsikter er uklare, da organiseringen av RVTSene er under diskusjon.

Organisering

De får mange henvendelser, men kanskje bare to i snitt i måneden som henvisning. I tillegg til fastlege er det snakk om henvendelser fra instanser som Flyktningehelseteamet, frivillige organisasjoner, kommunale og statlige tjenester samt advokater. De kan også hjelpe DPS-ene med å ta inn flyktninger med vanskelige saker. De kan f.eks. gjøre en vurderingssamtale og gi pasienten videre til DPS og så gi behandler veiledning.

De har hatt en stor økning i henvendelser. Det er et spesielt stort press fra asylmottak, hvor de gir veiledning. Dette overlapper noe med RVTS-arbeidet, men det ansees som verdifullt.

Tilbudet gjøres kjent gjennom undervisning, veiledning, nettsider og generelt gjennom nettverk. Klinikken har en egen avtale med helseforetaket (St. Olavs hospital) og får ca. en million kroner fra Helse Midt-Norge.

4.3.4 Regional enhet for traumebehandling, Nidaros DPS, Trondheim

Nidaros DPS har en regional behandlingseenhet for relasjonstraumer og en spesialpoliklinikk for traumer og PTSD. Døgnetenheten har et tilbud til voksne over 18 år som har psykiske vansker som følge av overgrep i nære relasjoner. De har et behandlingsprogram som består av 10 ukers innleggelse i døgnpost, hvor grupper på seks pasienter starter og slutter samtidig. Behandlingen har som hovedmål å gi økt forståelse for hvordan traumehistorien har påvirket livet og påvirker hele mennesket. Pasientene her har som oftest en traume- og/eller dissosiativ lidelse. Det tilbys samtalebehandling ved behov. Poliklinikken har et behandlingstilbud fortrinnsvis for mennesker med PTSD eller andre traumerelaterte lidelser. Ved sammensatte og langvarige lidelser søker de systematisk å utvikle en plan for samarbeid med andre instanser. Det primære formålet er å tilby utredning og fokusert traumebehandling i form av individuell samtaleterapi eller gruppeterapi (åpent kun for de som har gjennomført individuelt behandlingsforløp).

² I tillegg til registrerte pasienter deltar cirka 40 personer i gruppetilbud som drama og yoga

Om målgrupper og metode

Pasientene som tas inn her er alle rettighetspasienter og det er et kriterium at de har PTSD for å bli tatt inn i behandling. De har både en spesialpoliklinikk og en spesialdøgnerhet for behandling av traumelidelser. Behandlingsmetoder de bruker er EMDR, forlenget eksponering og metakognitiv terapi. Tilbudet er blitt evaluert.

Omfang og kapasitet

Enheten har til sammen 35 stillinger i 33 årsverk. Yrkesgruppene som er representert er følgende: psykolog, psykologspesialist, psykiater, sykepleier, kunst- og uttrykksterapeut og vernepleier. De er alle spesialister på traumelidelser.

Et vanlig behandlingsforløp er på fire eller 10 uker, og hver sesjon er på 45 til 90 minutter. Enheten har seks senger på døgnerheten og i poliklinikken er det 10 behandlingsstillinger som har omtrent 25-30 pasienter hver. I løpet av et år er det ca 200 som får behandling. Poliklinikken har vært i drift siden 2011, og døgnerheten siden 2014.

Organisering

De får cirka 20 henvisninger i måneden fra sykehusavdelinger, fastlege, DPS og avtalespesialister. Etterspørselen etter behandlingstilbudene har blitt større. Tilbudet gjøres kjent gjennom undervisning, informasjon og veiledning.

Tilbudet er prosjektfinansiert av Helse Midt-Norge, og er en del av Nidaros DPS.

4.3.5 Øvrige traumebehandlingstilbud

De øvrige behandlingstilbudene for traumepasienter drives i mindre grad spesialisert, og er mer integrert i den generelle behandlingen ved DPS-et. Tre av dem tilbyr gruppebasert traumebehandling (som stabiliseringsgrupper) og to DPS-er har ikke skilt ut en egen traumebehandlingsenhet, selv om de har spesialiserte behandlingsmetoder og behandlere som er spesialister på traumebehandling. De øvrige respondentene er:

1. Florø DPS – Dag
2. Søndre Oslo DPS, allmenpsykiatrisk seksjon
3. Nydalen DPS, allmenpoliklinikk, enhet for gruppebehandling
4. Tiller DPS, St. Olavs Hospital, Trondheim
5. Helgelandssykehuset, allmenpsykiatrisk døgnavdeling, Mosjøen

4.4 Konklusjon

Som det framgår, er det stor variasjon i svarene, og det er derfor vanskelig å si noe generelt og representativt om traumebehandlingstilbud innenfor helseforetakene. De fleste respondentene

er DPS-er, men også separate sentra (Transnasjonalt senter), klinikker (traumeklinikk RVTS Midt) og egen sykehusavdeling (på Sørlandet sykehus) er representert. Alle har til felles at de ligger under helseforetak på en eller annen måte.

4.4.1 Om målgruppe, metoder og behandlingstilnærming

Det er i hovedsak rettighetspasienter som får behandlingstilbud i alle behandlingseenhetene, med enkelte unntak (som f.eks. papirløse flyktninger), og alle har PTSD som et kriterium for behandling. Når de ble bedt om å beskrive andre kriterier, er det gjennomgående de som behandler flyktninger som utdyper dette (se nedenfor i eget avsnitt). De fleste av respondentene tilbyr poliklinisk behandling, men det er også tre enheter som tilbyr døgnbehandling. Enkelte av klinikkene driver også med opplæring, veiledning og rådgivning av andre som behandler eller yter annen hjelp til traumepasienter. Når det gjelder metoder, tilbyr 80 % av respondentene EMDR og halvparten metakognitiv terapi, ellers er det stor variasjon (metakognitiv terapi for PTSD, sensorimotorisk psykoterapi og stabiliserende gruppebehandling m. m.). Det er lite systematisk evaluering av behandlingstilbudene for traumepasienter.

4.4.2 Omfang og organisering

Tilbudene som her er presentert varierer mye i omfang: Nidaros DPS tilbyr spesialisert traumebehandling både poliklinisk og i døgnavdeling. De har seks døgnplasser og 10 behandlerstillinger i poliklinikk med 25-30 pasienter hver. Andre, som f.eks. Florø DPS, har tre til fem traumepasienter til enhver tid og behandlerne arbeider også med andre lidelser.

Behandlingstilbudene er veldig ulikt organisert og det varierer hvor spesialisert det er. Noen tilbud har blitt etablert «nedenfra» ut i fra behov i pasientgruppen og ønsker hos behandlere, andre tilbud har blitt etablert «ovenfra», ved f.eks. at helseforetaket har besluttet at traumepasienter skal få et mer spisset tilbud. På de fleste klinikkene driver behandlere også med behandling av andre lidelser enn traumelidelser, selv om de har spesialkompetanse på traumebehandling. De mest spesialiserte tilbudene har gjerne sprunget ut av prosjekter og/eller vært knyttet til psykososiale team for flyktninger.

4.4.3 Flyktninger

I materialet vi har fått inn er det tre behandlingstilbud som retter seg spesielt mot flyktninger³. Det er Transkulturelt senter i Stavanger, Klinikk for flyktningshelse ved RVTS Midt/St. Olavs hospital og Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer ved Sørlandet sykehus. Denne pasientgruppen kjennetegnes av at de har vært utsatt for traumatiske

³ Med flyktninger menes i denne sammenheng også asylsøkere og papirløse flyktninger.

hendelser knyttet til krig og flukt, som tortur og voldtekt. Mange er også sterkt preget av bekymring for situasjon og familie i hjemlandet. Det er ofte snakk om kompleks PTSD og gjentatte hendelser. Denne pasientgruppen har også problemer i møte med det norske samfunnet og Transkulturelt senter rapporterer om pasienter som har opplevd avvisning i spesialisthelsetjenesten, kulturoversettelsesproblemer (f. eks. mangel på tolk og behandlingsmetoder som ikke er kulturelt valide) og diskriminering. I tillegg er det oftere en økonomisk utfordring for denne gruppen. Det kan synes som disse klinikkene oftere enn andre er involvert i veiledning, opplæring og formidling utenfor sin egen klinikk. RVTS Midt driver f. eks. utdanning i narrativ eksponeringsterapi, og Sørlandet sykehus driver veiledning av DPS-behandlere. Transnasjonalt senter driver utstrakt samarbeid med statlige og kommunale tjenester, asylmottak, politi- og rettsvesen, advokater og frivillige organisasjoner.

4.4.4 Oppsummering

Det spesialiserte traumebehandlingstilbudet som vi har kartlagt her viser at det er svært variert. Det kan virke tilfeldig hvor kompetansen og tilbudet finnes. Men noen av tilbudene er godt etablert og har solid erfaring og spesialisert kompetanse man kan bygge videre på.

5 Klinisk utprøving for å undersøke gjennomførbarhet

Den kliniske utprøvingen har blitt gjennomført i henhold til prosjektbeskrivelse fra januar 2016. Gjennom utprøvingen ønsket vi særlig å vurdere følgende aspekter ved intervensjonene og implementeringen:

1. Akseptbarhet.
2. Implementeringskvalitet.
3. Behov.
4. Tilpasning.
5. Integrering.
6. Effekt.

I tillegg ønsket vi generell erfaring og tilbakemeldinger som kan være nyttige for videre implementering og etablering av samarbeid med opplæringsmiljøene.

5.1 Gjennomføring

Prosjektet startet opp 01.05.16 med ansettelse av prosjektleder. Dette utgjorde en forsinkelse på fem måneder i henhold til opprinnelig plan og tidslinjen for prosjektet ble forskjøvet tilsvarende. Det ble ansatt en prosjektkoordinator og to prosjektmedarbeidere som har utgjort prosjektgruppen. Det ble også etablert et prosjektstyre med representanter fra blant annet RVTS Øst, TF-CBT-prosjektet ved NKVTS, Modum Bad og Universitetet i Oslo.

5.1.1 Klinikker

Prosjektet har etablert et samarbeid med to distriktpsykiatriske sentre (DPS): Lovisenberg DPS i Oslo og DPS Follo i Akershus. Klinikkerne ble kontaktet direkte av prosjektleder i planleggingsfasen av prosjektet og ønsket selv å delta. Prosjektlederen hadde jevnlig møter med klinikkledelsen før oppstart. For å koordinere implementering og datainnsamling ble to ansatte ved klinikkerne rekruttert til prosjektet som prosjektmedarbeidere i 50 % stilling.

Hovedvekten av behandlere arbeidet ved allmennpoliklinikker, som utreder og behandler et bredt spekter av psykiske lidelser. Ved Follo er disse organisert i en felles klinikk, mens de ved Lovisenberg er samlokaliserte, men spredt over tre poliklinikker organisert etter bydel (St. Hanshaugen, Gamle Oslo og Grünerløkka). På Follo var en behandler fra akutteam inkludert, mens man ved Lovisenberg har inkludert behandlere fra ruspoliklinikk (som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling), gruppepoliklinikk (for individualoppfølging av pasienter) og FACT-team (som tilbyr fleksibel aktivt oppsøkende behandling for innbyggere med alvorlig psykisk lidelse og eventuelt rusproblemer) i de tre bydelene.

Tidligere kompetansehevende tiltak ved DPS-ene har inkludert kompetansehevingsprogrammet «Tryggere traumeterapeuter» (TT) i regi av RVTS Øst, med 7 samlinger á 8 timer. Parallelt med dette deltok utvalgte terapeuter i 40 timers veiledningsgrupper. Ved Lovisenberg DPS har det videre blitt opprettet en ressursgruppe for traumebehandling, som har hatt felles veiledning og gitt veiledning og undervisning på de ulike enhetene. Lovisenberg har siden 2005 hatt et prosjekt rettet mot traumatiserte flyktninger, med gradvis utvidet mandat som også omfatter andre sårbare pasienter som ikke nyttiggjør seg det ordinære behandlingsapparatet, nå kalt Storby- og flyktningsteam (SOFT).

5.1.2 Godkjenning

Søknad om godkjenning av prosjektet ble sendt Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. De vurderte at prosjektet var å regne som kvalitetsforbedring og dermed ikke var omfattet av Helseforskningsloven (ref 2016/868/REK sør-øst C). Søknad om godkjenning ble derfor sendt Norsk senter for forskningsdata (NSD) som godkjente prosjektet (ref 49411 / 3 / STM). Det har også blitt gjennomført internkontroll av prosjektet ved NKVTS. Databehandleravtaler er inngått med NSD.

5.1.3 Rekruttering

Behandlere. Ved begge DPS-ene har behandlerne blitt rekruttert av klinikkledere, som prioriterte ulikt vedrørende antall og fagbakgrunn for behandlere. Klinikken stod selv fritt til å velge hvor mange terapeuter som de ønsket å rekruttere inn i piloten. Ingen behandlere ble pålagt å delta, men det var flere terapeuter som ønsket å delta i opplæring som ikke fikk mulighet på grunn av ressursbegrensninger. Ved Lovisenberg DPS kunne behandlerne fritt velge hvilken behandlingsmetode de ønsket opplæring i, mens de ved DPS Follo ble tilfeldig fordelt på de to metodene.

Pasienter. Pasientene ble rekruttert av behandlerne både fra nye henvisninger og pasienter allerede i behandling. Alle deltakere fikk et informasjonsskriv om prosjektet og undertegnet informert samtykke.

Inklusjonskriterier er (1) mellom 18 og 65 år; (2) tilfredsstillende av de diagnostiske kriteriene for PTSD i følge DSM-5; (3) tilfredsstillende kompetanse i norsk eller villighet til å bruke tolk. Eksklusjonskriterier er (1) høy suicidalitetsrisiko, operasjonalisert ved begge de følgende kriteriene (pågående høy suicidalitetsfare i følge Mini Internasjonalt Nevropsykiatisk Intervju (MINI) og alvorlig selvmordsforsøk innen de siste seks måneder); (2) pågående traume (vold/overgrep); (3) pågående livskrise som forstyrrer behandlingen (pågående rettssak, livstruende somatisk sykdom); (4) andre mentale problemer som forstyrrer behandlingen av PTSD (for eksempel alvorlig pågående rusproblem; dissosiativ identitetsforstyrrelse).

5.1.4 Opplæring

Det første seminaret, et introduksjonsseminar, ble avholdt den 23.06.16. Der ble følgende temaer gjennomgått: 1) Introduksjon av prosjektgruppen. 2) Hva vet vi om behandling av PTSD. 3) Behandling av PTSD i Norge. 4) Tidligere erfaringer og nyere forskning på implementering. 5) Vanlig rapporterte kontraindikasjoner for å jobbe “traumefokusert”. 6) Implementeringsprosjekt ITV. 7) Introduksjon av kognitiv terapi ved PTSD. 8) Introduksjon av EMDR ved PTSD.

Det andre fellesseminaret var et metodespesifikt opplæringsseminar. Alle terapeutene deltok på seminar i enten CT-PTSD eller EMDR, med unntak av NKVTS’ to-prosjektmedarbeidere som deltok på begge. Alle terapeutene besvarte også et holdnings skjema i løpet av opplæringsseminaret.

CT-PTSD-seminaret ble avholdt over tre dager fra og med 29.08.16 til og med 31.08.16 med Nick Grey fra Oxford Centre for Anxiety Disorders and Trauma. Terapeutene ble opplært til å: 1) kunne vurdere og diagnostisere PTSD, 2) forstå en kognitiv modell av PTSD og hvordan den henger sammen med behandling, 3) forstå når man skal bruke CT-PTSD og ikke, 4) de primære intervensjonene som brukes i CT-PTSD, 5) kunne motivere pasientene for å arbeide direkte med de traumatiske minnene, 6) forstå hvilke minneteknikker som er nyttige i ulike kontekster 7) bruke hele spekteret av teknikker i kognitiv atferdsterapi for å endre traumerelaterte kognisjoner 8) handle i tråd med modellens prinsipper og behandlingsform samtidig som man viser en hensiktsmessig fleksibilitet i tilpasning til individuelle behov.

EMDR-seminaret ble avholdt over tre dager, fra og med 13.09.16 til og med 15.09.16, med Bjørn Aasen som foredragsholder. Terapeutene gjennomførte opplæring det første trinnet av den totrinns opplæringsmodulen til EMDR Norge. Opplæringen var tilrettelagt med et fokus på praktiske øvelser. Derfor ble dagene inndelt i to økter. Før lunsj var det hovedvekt på teori og demonstrasjon, mens etter lunsj var det øvelser i mindre grupper. I tillegg ble følgende temagrupper gjennomgått i undervisningen: 1) bakgrunn 2) teoretisk rammeverk 3) traumeforståelse 4) trygt sted og ressursretorikk 5) anamnestic ramme 6) EMDR-protokoll 7) prosessering 8) forsiktighetsregler 9) behandlingsaspekter 10) dissosiasjon 11) prosessering ved sterk affekt 12) spesielle klientgrupper.

Tilbakemeldinger om opplæringen tilsier at det innledende seminaret har blitt gjennomgående positivt mottatt, men det har kommet kommentarer om at opplegget var noe informasjonstett, og at man kunne brukt mer tid på opplæringen i kartleggingsverktøyet SCID-PTSD. Det har også vært kommunisert at ledelsen og Helsedirektoratet burde ha vært til stede på seminaret.

Da behandlere har opplevd vansker med å velge ut pasienter til prosjektet, samt å vurdere hvilke pasienter som passer til hvilken metode, har det vært ønsket om mer fokus på dette på det innledende seminaret.

Mange skulle ønske det hadde vært en samling til, kanskje i november/desember, som en boost. Spesielt blant CT-PTSD-behandlerne var det mange som skulle ønske de kunne ha et kurs etter å ha satt seg inn i stoffet på egen hånd. Nå blir veiledningene ofte brukt til praktiske spørsmål og svar, noe som kanskje ikke hadde vært nødvendig dersom de hadde hatt et slikt møte.

5.1.5 Veiledning

CT-PTSD-veiledningen ble gitt av utenlandske veiledere, i form av videoveiledning over nett, på engelsk eller svensk. Dette fordi det så langt ikke finnes kvalifiserte veiledere i Norge. Kandidatene fikk veiledning i små grupper, tre til fire kandidater per gruppe. Gruppene samlet seg på faste tidspunkt hver fjortende dag, og fikk veiledning via prosjektets nettbrett, ti økter per gruppe, 60-90 minutter per økt. Veiledningen ble gjennomgående positivt evaluert av deltakerne.

EMDR-veiledningen ble gitt av godkjent EMDR-veileder tilknyttet NKVTS. Veiledningen ble gitt i større grupper, inntil åtte per gruppe, i samsvar med vanlig praksis i EMDR-veiledning. Da veiledningen ble gitt ansikt til ansikt valgte man å ha lengre økter som dekket storparten av en arbeidsdag, og hver behandler fikk to slike veiledningsøkter.

Veiledning vurderes å ha vært en sentral del av implementeringen, som en videre opplæring i metodene og ved å trygge behandlerne i å bruke metoden. Det har til tider vært organisatoriske utfordringer i tilrettelegging av veiledning, blant annet i ulike ønsker om størrelse på veiledningsgruppene. Det synes å være fordeler og ulemper ved både mindre og større grupper. Det har også blitt uttrykt ønske om grupper på tvers av metodene for utveksling av erfaringer og felles utfordringer.

5.1.6 Behandling

Etter opplæringsseminaret fikk terapeutene utlevert en prosjektperm med følgende innhold: Kontaktinformasjon til prosjektgruppen, prosedyrer, samtykker, registrering av skåringer fra MINI Nevropsykiatrisk Intervju, kartlegging av bakgrunnsinformasjon, SCID-5 PTSD-intervju, papirversjon av spørreskjemaene fra nettbrett, avslutningsskjema, behandlingsspesifikt opplæringsmaterieill og ferdig genererte pasientnummer. Nettbrett, som terapeutene hadde på deling, ble også levert ut til klinikkene.

Terapeutene ble oppfordret til å gjennomføre behandlingen i henhold til manualene og opplæringen i de spesifikke metodene. Det ble ikke instruert spesifikt om behandlingens lengde,

men oppfordret til å ha 90-minutters sesjoner i hvert fall i begynnelsen av behandlingsforløpene.

5.1.7 Datainnsamling

Prosjektgruppen bestemte at det best egnede måte å samle inn data fra behandlingene på var gjennom et elektronisk spørreskjema. For å utforme en sikkerløsning var det nødvendig å velge en profesjonell databehandler. Valget sto primært mellom tre tjenesteleverandører; Ipsoss MMI, Tjenester for sensitive data (TSD) og Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektet valgte NSD som tjenesteleverandør til prosjektet. De har stått ansvarlige for den tekniske utformingen av spørreskjema, nettportal og datalagring, samt brukerstøtteoppfølging til piloten. Prosjektgruppen utformet spørreskjema som Norsk senter for forskningsdata, NSD, konverterte til digitalt format.

Den kliniske utprøvingen har vist at det er viktig at metodene for datainnsamling er brukervennlige både for behandlere og pasienter. Imidlertid synes compliance å være relativt høy for dem som er i behandling.

Pasientdata

Pasientkarakteristikker og diagnostikk blir kartlagt og vurdert med SCID-5 PTSD-intervju som også kartlegger historie med traumatiske hendelser, og MINI for Akse I-lidelser. Informasjon om bakgrunn, utdanning, sivilstatus, behandlingshistorikk og arbeidsstatus blir samlet inn med et eget skjema.

Pasienter fyller også ut Dissosiasjonserfaringskala-8 ledd versjon (DES-8; Carlson & Putnam, 1993) og Somatoform Dissociation Questionnaire-5 ledd versjon (SDQ-5; (Nijenhuis, Spinhoven, Dyck, Hart, & Vanderlinden, 1997) for mål av dissosiative symptomer, samt ICD-11 Trauma Questionnaire for mål av Komplex-PTSD symptomer (Karatzias et al., 2016).

Utfall blir målt med PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5; Blevins, Weathers, Davis, Witte, & Domino, 2015), Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), Patient Health Questionnaire Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006), Trauma Related Shame Inventory (Øktedalen, Hagtvatn, Hoffart, Langkaas, & Smucker, 2014), Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI; (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999), og EuroQol five dimensions questionnaire (EQ-5D; Herdman et al., 2011) for å måle livskvalitet. Utfallsinstrumentene administreres før (pretest) og etter (posttest) behandling.

Prosessmålinger blir samlet inn før hver enkelt behandlingstime med PCL-5, Working Alliance Inventory-12 (WAI-12; Hatcher & Gillaspie, 2006), PHQ-9, og GAD-7.

Terapeut- og behandlingsdata

Informasjon om behandlernes utdanning, faglige bakgrunn og kunnskap om traumebehandling ble samlet inn med eget spørreskjema. Terapeutenes holdninger til evidensbasert praksis blir målt med The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS; Aarons, 2005).

Informasjon om behandlingen samles inn gjennom et eget skjema som behandlere fyller ut time for time, blant annet om spesielle tilpasninger som har blitt gjort. Det fylles også ut et eget skjema ved avslutning av behandlingsforløpet om avslutningsårsak, videre oppfølging og eventuelle negative hendelser under forløpet.

Tilpasning innsamles med notater hos terapeuter om innhold i timer, spesielle avvik fra manualen og begrunnelsen for eventuelle avvik.

Implementeringserfaringer

Erfaringer har blitt fortløpende innhentet gjennom kontakt med behandlere og ledelse ved klinikkene. Det ble også gjennomført et oppsummeringsseminar i slutten av april 2017 der erfaringer og innspill ble innhentet. Alle behandlerne har også svart på et eget spørreskjema som omhandler erfaringer og evaluering av implementeringen ved slutten av pilotperioden.

Journalgjennomgang

For å bedømme i hvilken grad pasienter ble utredet for PTSD og henvist til prosjektet, gjorde vi en kartlegging av pasienter henvist til DPS-ene, ved å se hvilken informasjon som var registrert i journal. Utvalget var 50 pasienter fra hver klinikk henvist fra 01.10.17 og gjennomført kartleggingssamtale.

5.2 Resultater

5.2.1 Behandlere

33 behandlere har blitt opplært i en av de to behandlingsmetodene, 13 i CT-PTSD og 20 i EMDR. 25 har utdanning som psykolog eller psykologspesialist, 5 er lege eller psykiater, mens de resterende er sosionom eller sykepleier med klinisk videreutdanning. Det var stor interesse blant behandlerne og ingen vansker med å rekruttere deltakere

Underveis har det vært et frafall på 7 behandlere som ikke har rekruttert pasienter til prosjektet. Rapporterte årsaker for frafall har inkludert skifte i arbeidssted, fødselspermisjoner, samt opplevd mangel på tid og ressurser.

Mange av behandlerne oppga å ha en del forhåndskompetanse i traumebehandling. Blant annet hadde 76 % deltatt på RVTS Øst sitt kompetansehevingsprogram Tryggere Traumeterapeuter. 35 % mente de hadde «stor grad» av traumekompetanse, mens over halvparten oppga å ha stor grad av kompetanse i å utrede og diagnostisere PTSD. Kartlegging

av behandlernes holdninger med the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS; Aarons, 2005) viste at de fleste var positive til implementering av evidensbaserte metoder, med skårer relativt like som i et annet utvalg norske behandlere (Egeland, Ruud, Ogden, Lindstrøm, & Heiervang, 2016). Nesten alle terapeuter mente at de aktuelle behandlingsmetodene var forenlige med behandlingsfilosofien på deres arbeidsplass og at fordelene ved å implementere metodene var større enn ulempene. Nesten halvparten av behandlerne mente at rammer, organisering eller problemer ved arbeidsplassen kunne gjøre det vanskelig anvende metodene. I kartleggingen utført i mai 2017, var 13 av 19 behandlere noe eller helt enige i påstanden om at «Problemer på arbeidsplassen har forstyrret eller hindret bruk av EMDR/CT-PTSD».

5.2.2 Pasienter

68 pasienter har per 31.05.17 samtykket til å være med i prosjektet. 61 har registrert data så langt, hvorav 31 går i behandling ved Follo DPS og 30 ved Lovisenberg DPS. 36 mottar behandling med EMDR og 25 med CT-PTSD. Rekruttering av pasienter har tatt mer tid enn forventet og det har ikke blitt rekruttert så mange pasienter som planlagt. Dette har også medført at få pasientforløp er avsluttet.

Pasientbakgrunn

Vi har fått inn bakgrunnsinformasjon om 31 av pasientene. Av disse er 21 kvinner og 10 menn, og gjennomsnittsalderen er 33 år. 9 er født utenfor Norge, 5 er født i og har foreldre fra land i Afrika eller Asia. 3 har kommet til Norge som flyktning eller asylsøker.

12 er gift eller samboer, og 12 oppgir å ha egne barn. 11 har utdanning utover videregående skole og 16 er ute av arbeid (sykmeldt, ufør eller arbeidsavklaring).

Det er gjennomsnittlig 10 år siden første gang de var i kontakt med psykisk helsevern, for en tredjedel skjedde den første kontakten før de var 18 år. 9 oppgir å ha vært innlagt i psykisk helsevern, 5 har vært innlagt det siste året. 11 av pasientene oppgir å ha blitt diagnostisert med PTSD tidligere, men kun to sier de har mottatt traumebehandling.

Symptomer

Vi har så langt mottatt skåringer fra 54 pasienter ved oppstart av behandlingen.

Skåringene på de standardiserte skjemaene viser at det generelle symptomtrykket er svært høyt. For PTSD-symptomer, angst og depresjon er *gjennomsnittet* i det alvorlige området i henhold til skjemaenes normer. Videre er det 49 av de 54 som i følge selvrappport med eget skjema tilfredsstillende foreslåtte ICD-11 kriteriene for Kompleks PTSD.

Deskriptiv statistikk (N=54)

	PTSD (PCL)	Angst (GAD)	Depresjon (PHQ)
Gjennomsnitt	66.68	18.38	25.98
Standardavvik	17.32	5.046	7.629
Minimum	19.00	6.000	9.000
Maksimum	98.00	26.00	39.00

For 35 av pasientene har vi mottatt informasjon om komorbide lidelser, skåret ved MINI. Her ser vi at 75 % av pasientene tilfredsstillter kriterier for pågående eller tidligere alvorlig depresjon. Nesten halvparten har en komorbid angstlidelse. 8 pasienter har vansker med rus og 3 pasienter har en pågående eller tidligere psykotisk lidelse. 3 har en pågående spiseforstyrrelse.

5.2.3 Akseptbarhet

Erfaringen så langt tyder på at intervensjonene er aksepterbare for terapeutene og pasientene, men det er noen utfordringer. Vi har så langt ikke fått informasjon om at behandlingsforløp har blitt avsluttet på grunn av at behandlingsmetoden ikke har vært akseptbar for pasientene, og det er få som rapporterer forverring. Like stor andel av terapeutene (80 %) sier seg enig i påstanden «Fordelene med å implementere metodene er større enn ulempene» ved slutten av pilotprosjektet som før opplæringsseminaret. Det tyder på at de i liten grad har fått erfaringer som tilsier at metodene ikke er aksepterbare.

To utfordringer kan imidlertid trekkes frem: (1) Det har vært vanskeligere for behandlerne å rekruttere pasienter til prosjektet enn det som ble forutsatt i prosjektbeskrivelsen. Bekymring om hvorvidt behandlingsmetodene er aksepterbare for pasientene har bidratt til dette.

Behandlere har videre uttrykt bekymring for at metodene ikke er egnet for pasienter med komplekse traumehistorier og komorbide lidelser. Dette har vært løftet som en sentral årsak til hvorfor mange hadde vansker med å rekruttere pasienter og igangsette behandling.

Komplekse traumer og komorbiditet forekommer ofte hos pasienter med PTSD (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005). Som beskrevet ovenfor har en svært høy andel av rekrutterte pasienter i dette prosjektet komorbid depresjon og tilfredsstillter kriteriene for kompleks PTSD. (2) De fleste behandlere i CT-PTSD rapporterer å streve med mengden informasjon de trengte å ta inn. Kun én av behandlerne i studien hadde formell videreutdanning i kognitiv terapi, og for en del behandlere var dette første gang de gjennomførte strukturert kognitiv terapi. Læringsmodellen til CT-PTSD synes å forutsette en grad av kompetanse i kognitiv terapi. I tillegg er opplæring, veiledning og materiale på

engelsk. Mange terapeuter rapporterte også i etterkant å ikke ha fått nok opplæring for å kunne ta i bruk metodene. Begge disse utfordringene peker på behov for endring i opplæringen for den videre implementeringen.

5.2.4 Implementeringskvalitet

Programintegritet

Det har gjennom hele implementeringsperioden blitt rapportert om praktiske og organisatoriske hindringer for implementeringen, særlig knyttet til tidsbruk og arbeidspress. Flertallet av behandlerne sier seg enige i at de har fått positive tilbakemeldinger og anerkjennelse fra ledelsen for sin deltakelse i prosjektet. Mange rapporterer at ledelsen har ønsket tilbakemeldinger om implementeringen, har fanget opp erfaringer og engasjert seg aktivt for å løse utfordringer. Det har blitt lagt til rette for veiledning og ved den ene klinikken ble behandlerne innvilget egne lesedager for å sette seg inn i metodene. I kontakt med prosjektgruppen har klinikkledelsen fremstått som positiv og imøtekommende. Allikevel er 79 % av behandlerne uenige i at det har blitt foretatt endringer i struktur, roller, støtte eller rammebetingelser for å fremme bruk av behandlingsmetodene. Like mange er uenige i at det har blitt foretatt endringer i retningslinjer og administrative rutiner. Behandlerne rapporterer at de i liten grad har blitt skjermet fra andre arbeidsoppgaver for å delta i implementeringen. Fra ledelsen trekkes det frem at klinikkene har et stort arbeidspress, med svært høy innsøking av pasienter og høye produksjonskrav. Klinikkenes finansieringsordning gir heller ikke insentiver for å tilby hyppigere og lengre konsultasjoner, slik de implementerte behandlingsmodellene forutsetter.

Som beskrevet ovenfor har få av de rekrutterte pasientene bakgrunn som flyktning eller innvandrere. Det er usikkert hvorvidt gruppa er underrepresentert sammenliknet med henviste pasienter til klinikkene. Vi antar at flyktninger i større grad kan ha blitt ekskludert fra rekruttering, siden behandlerne ønsket å prøve ut metodene med enklere saker under opplæringen. Som gruppe har flyktninger ofte mer sammensatte plager. Språkvansker og bruk av tolk kan også gjøre arbeidet vanskeligere for behandleren. Ved en av klinikkene har de et eget team som arbeider spesifikt rettet mot pasienter med flyktningbakgrunn, men dette teamet ble ikke inkludert i implementeringsprosjektet. I tillegg har ikke skjemaer og instrumenter i prosjektet vært tilgjengelige på andre språk enn norsk.

Behandlingsintegritet

På grunn av forsinkelser i behandlingsforløpene har det ikke latt seg gjøre å få systematiske målinger av behandlingsintegritet (fidelity). Det samles inn lyd- og videoopptak av behandlinger, men disse har ikke blitt skåret. Manglende kompetanse på CT-PTSD i Norge gjør at videoene må tekstes, noe som også forsinkes. Alle behandlerne vurderer imidlertid selv at de gjennomfører behandlingen i henhold til manualene. Cirka halvparten har fått tilbakemelding fra veileder på bakgrunn av lyd- eller videoopptak. Tilbakemeldingene fra

veilederne er også at behandlerne generelt viser god kompetanse og etterlevelse i begge metoder.

5.2.5 Behov

I vår kartlegging av 100 nylig henviste pasienter til DPS Follo og Lovisenberg DPS, ble henvisning, inkomstnotat, kartlegging, oppsummeringer og epikriser gjennomgått for å undersøke omfang av traumehistorie, samt utredning, diagnostisering og behandling av eventuell PTSD. I gjennomgangen var PTSD nevnt i 16 % av henvisningene. Hos 44 % av pasientene var det beskrevet en historie med en eller flere traumatiske hendelser. Kun 5 % av pasientene var utredet for PTSD med annet verktøy enn MINI, og hos 43 % var det vanskelig å oppdrive noen form for utredning eller vurdering av PTSD. 12 % av pasientene var diagnostisert med PTSD. Av disse var 5 behandlet med EMDR/CT-PTSD, 5 med en annen form for traumebehandling, og hos 2 var det manglende informasjon om behandling. 14 % av utredningene var uferdige og 10 % var avsluttet før utredning var påbegynt eller ferdigstilt.

Denne kartleggingen tyder på et behov for økt fokus på standardisert og grundig kartlegging av traumehistorie og utredning av PTSD. I samsvar med tidligere forskning, er det nærliggende å anta at traumeerfaringer er underrapportert, noe som vil ha konsekvenser for både diagnostisering og behandling. I kartlegging av terapeutenes holdninger og erfaringer, gjennomført i mai 2016, rapporterte de fleste at de ikke opplevde ubehag ved å kartlegge pasienter for traumer og traumesymptomer. Dermed kan en anta at mangelen på kartlegging ikke kan tilskrives manglende vilje eller ubehag fra terapeutenes side. Da traumeerfaringer også er en risikofaktor for en rekke andre psykiske lidelser, bør en grundig kartlegging gjøres uavhengig av om PTSD-symptomer er tilstede eller ikke.

Interessen for opplæring i metodene fra behandlere og ledelse tyder videre på at det er behov for metodene. Som beskrevet ovenfor har pasientene med PTSD som er rekruttert til prosjektet et høyt symptomtrykk, flere komorbide lidelser og til dels stort funksjonsfall. Dette antyder at det er stort behov for god behandling for denne gruppa. Behandlerne har imidlertid fortalt at en del pasienter har takket nei til å være med i prosjektet. Disse pasientene har det ikke blitt samlet inn data om systematisk, men begrunnelser som går igjen i behandlernes muntlige tilbakemeldinger er sterk redsel for å gjennomføre eksponering for traumeminner, eventuelt kombinert med manglende tiltro til at slik eksponering kan føre til bedring. Tilbakemeldinger om prosjektet i sin helhet har generelt vært positive. Til tross for utfordringer beskrevet under, rapporterer mange å være fornøyd med deltagelsen. Det er også verdt å merke seg at over 80 % av terapeutene antyder at arbeidsplassen har blitt mer effektiv som følge av implementeringen av metodene. Det har blitt gitt tilbakemelding om at metodene gir et tydeligere behandlingsfokus og klarere behandlingsplan for pasienter med PTSD. Så selv om metodene innebærer en kortsiktig økt ressursbruk, i form av ukentlige 90-minutters sesjoner, er dette mer effektivt over tid enn annen behandling. Det har videre vært rapportert om positive ringvirkninger, ved økt fokus og interesse for PTSD ved DPS-ene

generelt. Prosjektmedarbeidere har blitt spurt om å holde internundervisning om traumebehandling, og det har også kommet ønsker fra ikke-inkluderte behandlere om å få delta i neste stadium av implementering. 15 av 19 behandlere var også litt, noe eller helt enige i påstanden om at «Implementeringen av EMDR/CT-PTSD har hatt positive konsekvenser for min arbeidsplass».

5.2.6 Tilpasning

Vi har ikke fått informasjon om spesielle tilpasninger som har måttet gjøres for pasienter med annen kulturell bakgrunn. Det har blitt rapportert at behandlere som arbeider med pasienter med komorbid ruslidelse har gjort tilpasninger til metodene, særlig ved å inkludere mer arbeid med motivasjon og forhindre frafall.

5.2.7 Integrering

Under implementeringen har vi i liten grad opplevd motstand i institusjonskulturen, men derimot støtte og engasjement for behandlingsmetodene. Flertallet av behandlerne mener at metodene er forenlige med behandlingsfilosofien ved arbeidsplassen. Både behandlere og ledelse gir uttrykk for at de ønsker å fortsette implementeringen og ønsker at metodene skal bli en permanent del av tilbudet ved klinikkene. Som beskrevet ovenfor har det imidlertid vært liten grad av praktisk og administrativ tilrettelegging for å ta metodene i bruk, noe det store flertallet av behandlerne mener er nødvendig. Pilotprosjektet har tydeliggjort at implementering er ressurskrevende i oppstartfasen, noe som det må tas høyde for. Vi ser også at implementeringen er mer vellykket der flere behandlere er fysisk samlokaliserte og har mulighet til gjensidig erfaringsutveksling. Det har blitt drøftet i prosjektet hvorvidt behandling av PTSD bør være en generell kompetanse de fleste behandlerne ved DPS har, eller om det bør være en spesialisert funksjon. Tilbakemelding fra ledere og behandlere er at det er ønskelig at det er en generell kompetanse, men at det kan være nyttig om en mindre gruppe fikk spesialisert kompetanse i metodene for å kunne gi veiledning og støtte.

5.2.8 Effekt

Siden det har tatt lenger tid enn forventet å rekruttere pasienter, få behandlinger er avsluttet og en del data ikke er samlet inn ennå, er det vanskelig å si noe sikkert om behandlingseffekt. For å gi en pekepinn har vi imidlertid sett på data fra pasienter som har fylt ut utfallsmålene både ved oppstart og minst en måned etter. Totalt 39 pasienter hadde tilstrekkelig innsamlede data til å bli med i analysen. Det er her stor variasjon i hvor lang behandling de har mottatt. Mange er helt i oppstarten av behandlingen, mens noen få har avsluttet. På gruppenivå ser vi likevel en signifikant nedgang i symptomer på PTSD, depresjon og angst.

Paired Samples T-Test (N=39)

		t	df	p	Cohen's d
PHQ T1	- PHQ T2	2.206	38	0.034	0.353
PCL T1	- PCL T2	3.290	37	0.002	0.534
GAD T1	- GAD T2	2.245	38	0.031	0.359

Av de 39 pasientene er det 14 som har oppnådd en klinisk signifikant nedgang av PTSD-symptomer, definert som 10 poengs nedgang på PCL-5. Fire pasienter har hatt en klinisk signifikant forverring av PTSD-symptomer. Effektstørrelsene er små til moderate, noe som er å forvente da majoriteten av pasientene fortsatt er midt i behandlingsforløpet. Nesten 90 % av behandlerne rapporterer imidlertid at de opplever at pasientene har blitt bedre som følge av at EMDR/CT-PTSD er tatt i bruk.

5.3 Oppsummering

Oppsummert tyder pilotstudien på at en landsdekkende implementering av evidensbasert traumebehandling i spesialisthelsetjenesten lar seg gjennomføre, men at det krever tilpasninger. Behandlingsmetodene som er valgt kan anvendes av behandleren etter opplæring og oppleves som aksepterbare. Foreløpige resultater antyder positive endringer forbundet med behandlingen, uten negative virkninger, og en mulig effektivisering av behandlingen. Det er stort behov for behandlingsmetodene og en positiv holdning til implementeringen fra behandlere og ledelse.

Vi har identifisert viktige barrierer for implementeringen som det blir viktig å fokusere på i det videre arbeidet:

1. Det er vanskelig for behandlerne å rekruttere «enkle» opplæringskasus, da pasientene med PTSD ved DPS har komplekse og omfattende plager. Det er derfor viktig at opplæringen er tilpasset dette.
2. Det er nødvendig med praktisk og administrativ tilrettelegging for behandlingsmetodene. Det må også tas høyde for økt ressursbruk. Det videre implementeringsarbeidet må fokusere på dette gjennom ledelsesopplæring i tilrettelegging for implementering, bedre forberedelser forut for implementeringen, forankring i hele ledelseslinjen og praktiske forbedringer ved opplæring og datainnsamling. Dette bør det også tas hensyn til i videre utvikling av tjenestenes rammebetingelser.
3. Det er behov for oversettelse av materiale og fokuserte tiltak for å rekruttere og behandle pasienter med flyktning- og innvandringsbakgrunn.

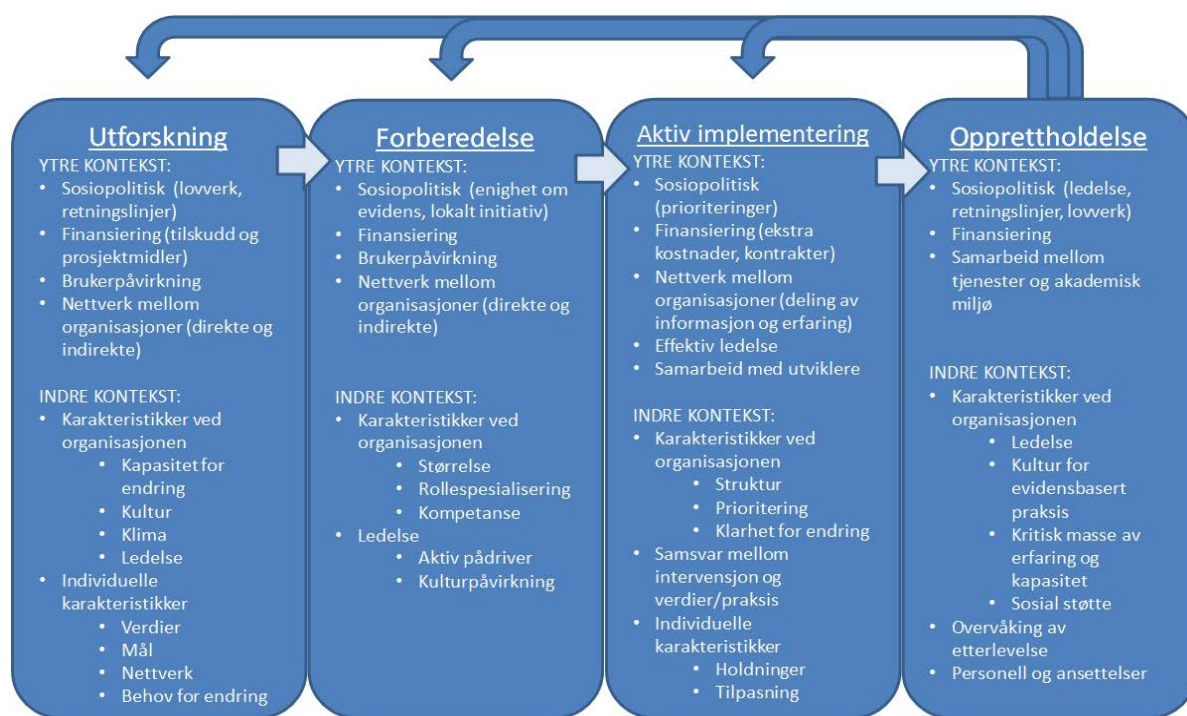
6 Erfaringsinnhenting

6.1 Implementeringsforskning

Å omsette klinisk forskning på behandlingsmetoder til endringer i praksisfeltet har vist seg å være utfordrende for helsevesenet. Ofte tar det lang tid før behandlingsmetodene som har best kunnskapsgrunnlag blir gjort allment tilgjengelige for pasientene. Etter hvert har man opparbeidet et bedre grunnlag for hvordan slik implementering best kan iverksettes og fremskyndes.

Å gjøre behandlingsmetoder tilgjengelige innebærer to forskjellige, men overlappende prosesser: *disseminering* og *implementering*. Disseminering kan defineres som en ”målrettet spredning av informasjon og intervensjonsmateriell til et spesifikt publikum innen helse eller klinisk praksis”(Proctor et al., 2009). For kunnskapsbasert behandling av PTSD vil denne prosessen typisk innebære spredning av informasjon om utredning av lidelsen og om de aktuelle behandlingsmetodene, gjennom for eksempel kurs, veiledning, spredning av manualer og oversettelse av materiell. Implementering defineres som ”bruk av strategier for å introdusere eller endre evidensbaserte helseintervensjoner innenfor spesifikke områder”(Proctor et al., 2009) og favner således bredere. Selv om opplæring og informasjon er en viktig del av å sikre kunnskapsbasert behandling for PTSD, må en implementeringsstrategi inneholde mer enn kun disseminering. Implementeringsforskningen spesifiserer en rekke mulige intervensjoner som kan være effektive for å igangsette og fremskynde forandring, på forskjellige nivåer i systemet og i forskjellige faser av en endringsprosess.

Aarons, Hurlburt, & Horwitz (2011) skisserer en modell som oppsummerer de viktigste faktorene som påvirker implementering av evidensbaserte intervensjoner i offentlige tjenester som barnevern og mental helse. De skiller mellom faktorer innad i organisasjoner (indre kontekst) og utenfor organisasjoner (ytre kontekst), samt beskriver sammenhengene mellom disse. De deler også opp implementeringen i ulike faser: Utforskning, Forberedelse, Aktiv implementering og Opprettholdelse. Ulike faktorer vil være viktig å vektlegge i de ulike fasene. I utforskningsfasen begynner organisasjonen å bli klar over et problem og orienterer seg mot løsninger på dette. For eksempel kan dette være klinikker som blir klar over at mange pasienter har ubehandlede PTSD-plager. Under forberedelsesfasen beslutter organisasjonen å implementere nye tiltak, som evidensbasert behandling for PTSD. Implementeringsfasen innebærer målrettede tiltak for å iverksette ny praksis, som opplæring, veiledning og systemendringer. I opprettholdelsesfasen er den nye intervensjonen en del av etablert praksis i organisasjonen, men møter utfordringer med vedvarende støtte, kapasitet og kvalitet.



Figuren er hentet fra Aarons og kolleger (2011). Den viser de ulike fasene av implementering og gir eksempler på faktorer som kan være viktige i disse fasene.

6.2 Hva virker i implementering?

Kunnskapssenteret ga i 2015 ut en kunnskapsoversikt over hvilke implementeringstiltak som har støtte i forskningen, med særlig fokus på implementering av kliniske retningslinjer (Rapport nummer 10-2015 fra Kunnskapssenteret). Flere tiltak ble identifisert som å ha god dokumentasjon, selv om effekten er moderat og varierer fra studie til studie:

- **Klinisk beslutningsstøtte** vil si at systemer retter seg mot den enkelte kliniker og hjelper til å gjøre vurderinger i henhold til retningslinjer, inkludert automatiske påminnere. Dette vil som oftest være elektroniske systemer, for eksempel påminnere som viser seg hver gang en aktuell diagnose settes.
- **Praksisbesøk** vil si at behandlingsstedet blir oppsøkt av en fagperson som informerer om retningslinjer ansikt til ansikt med helsepersonell. Denne fagpersonen kan være intern eller ekstern, men det kan være nyttig at det er en person som personalet har tillit til.
- **Monitorering og tilbakemelding («audit & feed-back»)** innebærer at etterlevelse av kliniske retningslinjer blir systematisk monitorert og at denne informasjonen gis tilbake til klinikere og beslutningstakere. Dette kan gi oversikt og mulighet for å sette mål både for kliniker og ledelse.

- **Lokale opinionsledere** er personer i helsetjenesten som i særlig grad har innflytelse og tillit hos andre. Det kan være effektivt å identifisere slike personer og særlig rette informasjon mot disse.
- **Kurs og møter** innebærer å samle helsepersonell og legge til rette for at de tilegner seg informasjon og ferdigheter i henhold til kliniske retningslinjer. Det er antakeligvis mest effektivt å kombinere vanlig didaktisk undervisning med mer erfaringsbasert læring.
- **Skreddersydde tiltak** retter seg særlig mot barrierer mot implementering som er aktuelle i en spesifikk kontekst. Dette kan være barrierer av faglig eller praktisk art, på individuelt eller organisatorisk nivå. Det kan være effektivt på forhånd å identifisere slike barrierer og iverksette spesifikke tiltak mot disse.

I mange tilfeller kan det være mest effektivt å kombinere flere slike tiltak. Rapporten peker dessuten på at vi mangler kunnskap om implementeringstiltak og oppfordrer til at forskning på dette inkluderes i implementeringsprosjekter.

6.3 Internasjonale erfaringer

Selv om traumelidelser og PTSD er en global utfordring, har det i liten grad blitt igangsatt store og systematiske tiltak for å sikre at evidensbasert behandling anvendes. De viktigste erfaringene kan vi hente fra helsetjenestene for veteraner i USA og fra implementeringen av kognitiv terapi for depresjon og angstlidelser (Improving Access to Psychological Therapies; IAPT) i Storbritannia.

Veterans Health Administration (VHA) i USA tilbyr helsehjelp til amerikanske veteraner og møter årlig over en halv million pasienter med PTSD (Rosen et al., 2016). Som ledd i å forbedre tjenesten startet VHA i 2006 implementeringen av to evidensbaserte behandlingsmetoder for PTSD: Kognitiv prosesseringsterapi og Forlenget eksponering. Forskningen på denne innsatsen ble nylig oppsummert av Rosen og kolleger (2016). Implementeringen la særlig vekt på å ansette flere terapeuter og igangsette massiv opplæring og veiledning i behandlingsmetodene. Andre implementeringstiltak inkluderte nye retningslinjer for implementering av evidensbasert behandling, utnevning av lokale implementeringskoordinatører, omorganisering av tjenestene for å tillate 90-minutters sesjoner, godtgjørelse for deltakelse i kurs og veiledning for behandlere og et mentor-program for å hjelpe klinikkledere med å implementere behandlingsmetodene.

Totalt antas det at minst 7000 behandlere har fått opplæring i en av behandlingsmetodene i løpet av de 10 årene implementeringen har vart. Det har vist seg at effekten av behandlingene er god hos terapeutene som har blitt opplært (Rosen et al, 2016). Terapeutene fortsetter å

anvende metodene etter å ha fullført opplæring og veiledning. Metodene blir imidlertid anvendt i mye lavere grad enn intendert, og majoriteten av PTSD-pasienter i VHA mottar annen type behandling. Mange terapeuter tilbyr annen behandling fordi de mener pasienten ikke "er klar" for eksponerende terapi, og mange pasienter er selv ikke villige til å motta eller engasjere seg i behandlingen. Graden av støtte fra organisasjon og ledelse påvirker også i hvor stor grad metodene blir brukt.

Implementeringen i VA har imidlertid i for liten grad vært styrt av en overordnet implementeringsstrategi og hovedsakelig vært fokusert på opplæring. Det har ikke blitt innført systemer som har gjort det mulig å samle inn data systematisk på viktige utfallsmål, som grad av etterlevelse (eng. *fidelity*), anvendelse (eng. *reach*) eller effekt av behandling. Dette har også gjort det vanskelig å gjennomføre implementeringstiltak som monitorering og tilbakemelding (eng. *audit & feedback*). Opplæringsstrategien har også vært svært ressurskrevende og det arbeides nå med å gjøre denne mer kostnadseffektiv, blant annet med større bruk av e-læring.

I IAPT-programmet har tusenvis av terapeuter blitt trent opp til å levere evidensbasert behandling for, i utgangspunktet, lettere psykiske lidelser i Storbritannia. Behandlingen som blir tilbudt skal være i henhold til nasjonale retningslinjer. For flere lidelser innebærer dette en trappetrinnsmodell, der mildere vansker behandles med selvhjelp og informasjon mens pasienter med mer alvorlige tilstander kan motta intensiv psykoterapi. Alle pasienter fyller ut utfallsmål hver time. I tillegg måles det om sentrene er effektive og oppnår sine målsettinger, og denne informasjonen er offentlig tilgjengelig. Programmet blir regnet som en suksess, da det har økt tilgangen til behandling og behandlingseffekten har vært jevnt stigende. Nylig passerte tilfriskningsraten i programmet 50 %, det vil si at over halvparten av pasientene som har gjennomført behandling skårer under klinisk nivå på symptomer.

Depresjon og angstlidelser utgjør den største gruppen av psykiske vansker, men også PTSD blir behandlet på IAPT-sentre. Kognitiv atferdsterapi er behandlingsmetoden som oftest tilbys, men noen sentere tilbyr også EMDR. I henhold til retningslinjene skal pasienter med PTSD tilbys intensiv psykoterapi. Til tross for dette er PTSD blant lidelsene med lavest behandlingseffekt, kun 37 % av pasientene oppnådde tilfriskning i 2015/16. Det er usikkert hva som er årsaken til dette, men terapeuters usikkerhet med å gjennomføre traume-eksponerende behandling er blant forklaringene som trekkes frem. Et eget opplæringsprogram for å trene «traumeeksperter» i klinikkene viste seg nylig å forbedre resultatene (Murray, 2017)

6.4 Implementering av TF-CBT i klinikk

NKVTS har siden 2012 arbeidet med implementering av Traumefokusert kognitiv atferdsterapi for barn (TF-CBT) i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Arbeidet ble

startet i etterkant av en randomisert kontrollert studie som viste at denne terapiformen hadde god effekt i å redusere PTSD-symptomer hos traumeutsatte barn (Jensen et al., 2014). En detaljert beskrivelse av implementeringsstrategien og resultatene finnes i rapport fra NKVTS levert Helsedirektoratet i 2017. I implementeringen brukes flere målrettede implementeringstiltak, basert på kjernekomponenter beskrevet av Fixen og kolleger (2005):

- Rekruttering og seleksjon av deltagere
- Opplæring og trening
- Vedvarende trening og konsultasjon
- Evaluering av deltagernes utførelse
- Beslutningsstøttende kunnskapssystemer
- Administrativ støtte
- System-intervensjoner

I prosjektet er det to nivåer av opplæringsressurser: *konsulenter* og *veiledere*. *Konsulentene* gir opplæring i metoden, veileder terapeutene gjennom deres første behandlingsforløp og kontrollerer utførelse. *Konsulentene* er ansatt og lokalisert ved NKVTS. Disse må godkjennes av metodens amerikanske utviklere. *Veiledere* rekrutteres fra opplærte terapeuter og gis videre opplæring i veiledning i metode. Disse er ansatt i klinikken og har ansvar for å gi videre veiledning til kolleger og slik gi implementeringen en lokal forankring. Veilederrollen har fungert godt i prosjektet.

I løpet av prosjektperioden har TF-CBT blitt implementert ved ca. halvparten av landets BUP-er. Omtrent 280 terapeuter er opplært i metoden og 461 opplæringssaker (pasienter) har blitt fulgt gjennom behandlingen. Det har i implementeringen også blitt vektlagt å innføre standardisert kartlegging av traumeeksponering og PTSD-symptomer, og dette gjennomføres nå med ca. halvparten av pasientene i klinikkene. Terapeutene gjennomfører behandlingen som har høy etterlevelse og effekt. Ledere, terapeuter og brukere har uttrykt høy tilfredshet med implementeringen.

Erfaringene fra dette prosjektet viser gjennomførbarheten av og behovet for å implementere evidensbasert behandling for PTSD i psykisk helsevern i Norge. Samtidig har enkelte utfordringer kommet tydelig frem. Disse er det viktig å håndtere i ITV-prosjektet:

- Det er viktig å innføre systemer og verktøy for å kartlegge traumeerfaringer hos alle pasientene i tjenestene. Kartleggingen er ofte mangelfull, selv med etablerte systemer, noe som kan svekke anvendelsen av behandlingsmetodene

- Opplæring og veiledning er svært ressurskrevende. I TF-CBT har begrensninger på antall konsulententer og opplæringsbehov ved klinikkene gjort at man ikke har kunnet rekruttere nye klinikker de siste to årene. Da psykisk helsevern for voksne er større enn for barn, i form av antall klinikker, behandlere og pasienter, vil dette utgjøre en enda større utfordring. Dersom to forskjellige metoder skal implementeres vil også behovet for opplæringsressurser øke. I TF-CBT foreslås å redusere kompetansekravene til terapeutene for å muliggjøre nasjonal implementering.
- Kontinuerlig innsamling av data via skjemaer om behandling og implementering har gjort det mulig å gi kontinuerlig tilbakemeldinger til terapeuter og klinikker for beslutningsstøtte. Innsamlingen er imidlertid ressurskrevende og har mange feilkilder. Dette kan reduseres ved i større grad gjøre innsamlingen elektronisk.
- TF-CBT-prosjektet er sentralt organisert på NKVTS med konsulenter, lederstøtte og innsamling av data. Dette har vært nødvendig, blant annet fordi det ikke fantes et norsk opplæringsmiljø og det har vært vanskelig å bygge opp dette i helseforetakene. Det har også vist seg vanskelig å etablere et samarbeid mellom NKVTS og RVTSEne om implementeringen. Det vil imidlertid være viktig å undersøke om enkelte oppgaver knyttet til opplæring og organisering kan fordeles til andre sentre og kompetansemiljøer ved implementering i voksenfeltet. Dette kan sikre bred involvering og øke levedyktighet.
- Klinikker i TF-CBT-prosjektet har selv meldt sin interesse, uten at det har blitt gjort aktive fremstøt for å rekruttere. Dette tyder på stort opplevd behov og har sikret høyt engasjement hos klinikkledelsen. Samtidig er det en fare at slik rekruttering ikke sikrer klar forankring i sykehusledelse og helseforetak, noe som kan skape vansker ved forandringer i ledelse eller konflikt med andre prioriteringer i sykehuset. I den videre implementeringen av TF-CBT foreslås det derfor en større grad av forankring i helseforetakene.
- Vellykket implementering er avhengig av god og involvert ledelse for å etablere nødvendige rutiner og endringer. TF-CBT-prosjektet ønsker derfor å styrke ledelsesinvolveringen ved å gjennomføre egne implementeringskurs for ledere.

6.5 Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

RVTSEne har som formål å styrke kompetanse på volds-, traume- og selvmordsfeltet i sine regioner. Sentrenes arbeid er primært rettet mot tjenesteapparatet, deriblant spesialisthelsetjenesten. De skal bidra til bedre tjenester blant annet gjennom å stimulere til praksis i tråd med siste oppdaterte kunnskap innen sine temaområder, implementering, undervisning og veiledning. Siden sentrenes oppstart har det blitt gjennomført flere tiltak for å styrke kunnskapen om traumebehandling. Omtalen under er basert på tilsendt og tilgjengelig

informasjon om kompetansehevingsprogrammer i spesialisthelsetjenesten, samt direkte kommunikasjon med ledere ved RVTS-ene.

Med utgangspunkt i en undersøkelse som viste at traumeerfaringer var vanlige i psykisk helsevern og at kompetansen på kartlegging og behandling av lidelsene var mangelfull, har RVTS Øst utviklet kompetanseprogrammet Tryggere Traumeterapeuter. I perioden 2007 til 2014 ble Tryggere Traumeterapeuter gjennomført i alle helseforetakene i RVTS Østs region, og til sammen har omtrent 3000 personer gjennomført kompetanseprogrammet. Disse personene inkluderer et bredt utvalg av behandlere, miljøpersonell og ledelse ved sykehusene.

Målsetting med Tryggere Traumeterapeuter er å gi en omfattende solid grunnforståelse for traumer, utvikling av traumelidelser og traumebehandling til både miljøpersonale og behandlere i spesialisthelsetjenesten. Programmet Tryggere Traumeterapeuter består av flere trinn: Trinn 1 er grunnutdanningen som har blitt gjennomført som grunnprogram med 7 dagers plenumsundervisning og 6 dagers workshop rettet mot ansatte i et enkelt helseforetak eller som to dagers Traume ABC-kurs for personer som ikke har hatt anledning til å delta på grunnprogrammet da det ble gjennomført i deres helseforetak. Trinn 2 tilbyr personer som har gjennomført trinn 1 og består av fordypningskurs med ulike traumefaglige tema. I tillegg tilbyr RVTS Forum for konsultasjon og veiledning med åpen påmelding samt økonomisk støtte til EMDR-opplæring for en rekke ansatte i utvalgte helseforetak. Det er også opprettet et Tryggere Traumeterapeuter-nettverk som samler ressurspersoner fra de ulike helseforetakene og som har til hensikt å styrke implementering av traumekunnskap i helseforetakene. Programmet er virksomhetsforankret, hvilket innebærer en omfattende avtale mellom partene som tydeliggjør partenes ulike forpliktelser under hele samarbeidsperioden. I tillegg innebærer programmet minimum to dager lederstøtte med hovedfokus på implementering.

Faglig har programmet vektlagt traumeforståelse med hovedvekt på kompleks traumatisering og dissosiasjon. Behandlingsforståelsen har i stor grad vært basert på fasetenkning. I grunnprogrammet har evidensbaserte bearbeidingsmetoder kun blitt kortfattet introdusert.

Tryggere Traumeterapeuter har vært en stor suksess i form av høy deltakelse, tilfredshet og opplevelse av økt kompetanse hos deltakere. Kompetanseprogrammet har også resultert i videre satsning på traumekompetanse i flere klinikker og foretak. Det er under samtlige grunnprogram gjennomført kartlegging av kompetanse ved oppstart (T1) og avslutning av programmet (T2) for å måle utdypning av forståelse og kompetanse. En grundig evaluering av behandlernes opplevde utbytte av programmet samt implementeringen av dette pågår ved Universitetssykehuset i Akershus, men rapporten foreligger ikke ennå.

I 2017 gjennomførte RVTS Øst et oppdatert grunnprogram i Sykehuset Vestfold med 250 deltakere. Programmet besto av fem plenumsdager og fire workshops. Faglige tema for programmet var traumeforståelse, kartlegging og diagnostisering av traumelidelser, stabilisering, arbeid med voldsutsatte og personer med migrasjonsrelaterte erfaringer samt traumbearbeiding. Det nye programmet inkluderer arbeid både med enkle og komplekse traumelidelser. Fokuset på dissosiasjon og fasemodellen som sekvensielt utgangspunkt for behandling er tonet ned i tråd med utvikling på området.

RVST Midt startet i 2011 opp prosjektet «Fokus på traumer» på oppdrag fra Helse Midt-Norge RHF. Dette kompetansehevingsprogrammet bestod av fire kurssamlinger og 24 timer veiledning. Det bygget i stor grad på «Tryggere traumeterapeuter» fra RVTS-Øst. Det ble ikke gitt opplæring i spesifikke behandlingsmetoder, men generell traumekompetanse med særlig vekt på kartlegging av traumelidelser, kompleks traumatisering og faseorientert behandling. Programmet er gjennomført i alle sykehusene i helseregionen, med cirka 450 deltakere fra psykisk helsevern. Tilbakemeldingene fra deltakerne har vært svært gode, men det er ikke gjennomført undersøkelser av om programmet har ført til endret praksis. I etterkant av at «Fokus på traumer» ble fullført tilbyr nå RVTS Midt et kortere kompetansehevingsprogram som heter «Traumekompetanse» med liknende innhold.

RVTS Vest gjennomfører det kompetansehevende tiltaket «Traumebehandling i Vest» som er et ettårig program for både DPS og kommunal psykiatritjeneste. Programmet består av fem hele undervisningsdager og veiledning. Som programmene beskrevet overfor, vektlegges traumeforståelse, med særlig vekt på kompleks traumatisering og dissosiasjon. Det inneholder også en hel dag om behandling av flyktninger, samt en kort innføring i den evidensbaserte traumeeksponerende metoden Narrativ eksponeringsterapi (NET). Seks klinikker har deltatt i programmet med totalt i overkant av 500 deltakere. Tre nye klinikker har avtaler med RVTS Vest om å gjennomføre programmet.

RVTS Nord har utviklet et liknende kompetansehevingsprogram basert på e-læring gjennom nettportalen «Stø kurs». Programmet består av en fellesdel, en del for behandlere og en del for miljøpersonell. Enkelte av temaene har også blitt gjennomgått som vanlige forelesninger. Som i de andre beskrevne programmene vektlegges traumeforståelse, kompleks traumatisering, dissosiasjon og faseorientert behandling. Det gis mer utfyllende informasjon om forskjellige evidensbaserte behandlingsmetoder enn i de andre programmene, men ikke opplæring. I overkant av 5000 personer har besøkt sidene og 70 % av disse har besøkt dem flere ganger. Imidlertid har kun i overkant av 300 fylt ut evalueringen, som er et krav for å få kursbevis. Resultatene fra evalueringen er svært positive.

RVTS Sør har i mindre grad enn de andre sentrene drevet kompetansehevingsprogrammer direkte rettet mot spesialisthelsetjenesten for voksne, men heller hatt fokus på førstelinje og barnefeltet. Det holdes todagers kurs i grunnleggende traumeforståelse der også ansatte ved DPS er blant målgruppene. RVTS Øst har som nevnt gjennomført Tryggere traumeterapeuter-opplæring ved Sykehuset Vestfold. Dette er etter avtale mellom de to RVTS-ene.

Alle RVTSene har organisert flere kurs og kursrekker i bearbeidingsmetoder. Det har over flere år vært en omfattende opplæring innen EMDR. RVTS Midt har i tillegg hatt systematisk opplæring i NET. Det har også vært organisert kursrekker i sensorimotorisk psykoterapi, psykoedukativ gruppebehandling for PTSD og videreutdanning i arbeid med dissosiative lidelser. Det har ikke blitt systematisk evaluert hvorvidt disse metodene har blitt tatt i bruk i klinikkene og om det har blitt etablert bærekraftige behandlingstilbud. Enkelte steder har erfaringene vært positive, andre steder har det vist seg vanskelig å få til en god implementering.

Samlet viser erfaringene fra RVTSene at det er stort behov for kunnskap om traumebehandling i tjenestene. Kompetansehevingsprogrammene som har blitt gjennomført har blitt møtt med stor interesse, har fått stor gjennomslagskraft og har utgjort en stor investering fra tjenestene. Gjennom målrettet fokus på ledelsen i tjenestene og rekruttering av nøkkelpersoner med særlig interesse for traumearbeid, synes man også å ha lyktes med å skape endringer i organisasjonene og etablere bærekraftige fagnettverk mange steder. Erfaringene viser at for å få til en vellykket implementering bør satsningen være forankret i klinikkens virksomhetsplaner. Det er også viktig at tiltaket forankres hos toppleder, omfatter hele organisasjoner og at nøkkelpersoner i organisasjonen tar et spesielt ansvar for implementeringen.

Kompetanseprogrammene som er gjennomført av RVTSene utgjør en viktig forberedelse for implementering av spesifikke behandlingsmetoder for PTSD. De har økt generell traumeforståelse, skapt økt fokus på å kartlegge traumeerfaringer og traumelidelser, og gitt mange behandlere verktøy for å håndtere traumerelaterte symptomer hos pasientene. Samtidig har de ikke gitt tilstrekkelig kompetanse i spesifikke behandlingsmetoder for å bearbeide traumeerfaringer, og dette etterspørres av behandlere og tjenester i evalueringen av flere av programmene. Flere av sentrene har også fått en stor kontaktflate inn i tjenestene, og har etablert kontakt med ledere og fagnettverk. Disse ressursene kan være av stor betydning for implementering av evidensbasert behandling for PTSD. Samtidig understrekes det av RVTSene at mandat, oppsett av organisasjonen og innretning av arbeidet ikke er innrettet mot

opplæring og veiledning i spesifikke metoder. Man samarbeider derfor tett med miljøer som har spesifikke behandlingsmetoder som sin kjerneoppgave og kompetanse.

Elementer ved RVTSenes kompetanseprogrammer kan også utgjøre barrierer for implementering av evidensbasert behandling for PTSD. For det første har disse programmene utgjort en stor investering av ressurser for tjenestene og det kan derfor være en fare for at man ikke ønsker å prioritere videre satsing på traumebehandling. Erfaringer hittil tyder imidlertid ikke på at dette er tilfelle, snarere øker det interessen for videre kompetanseutvikling. For det andre er det faglige synspunkt som formidles i programmene som kan skape hindringer for gjennomføring av eksponeringsbaserte metoder. Programmene vektlegger i stor grad forståelse av kompleks traumatisering og dissosiasjon, og fremhever faseorientert behandling som viktig. Som beskrevet tidligere i rapporten er det stor faglig uenighet om innholdet i disse begrepene og om faseorientert behandling bør anbefales (De Jongh et al., 2016). Bekymring for om pasienter «tåler» eksponerende behandling har vist seg å være en barriere for implementering andre steder (Rosen et al., 2016). Det er derfor svært viktig at det utarbeides en felles faglig plattform rundt disse spørsmålene for å forhindre forskjellig fagformidling som skaper usikkerhet i tjenestene.

7 Planer for videre implementering

Som beskrevet tidligere viser erfaringene fra pilotprosjektet at det er behov for implementering av evidensbasert behandling for PTSD, og at implementeringen er gjennomførbar. Dette underbygges av internasjonale erfaringer og forskning, samt erfaringer fra RVTS og NKVTS. Samtidig har vi erfart hindringer for implementeringen særlig knyttet til programintegritet og akseptbarhet. Vi ønsker derfor å videreføre dette arbeidet basert på erfaringer og kunnskap fra pilotprosjektet. I neste fase ønsker vi særlig å få mer erfaring med ulike implementeringsstrategier og kontekster som kan gi verdifull informasjon for en eventuell nasjonal implementering. I de neste avsnittene skisseres noen punkter for videre strategi, men en fullstendig prosjektbeskrivelse vil utarbeides senere.

7.1 Hovedtrekk

Vi ønsker å prøve ut implementering av CT-PTSD og EMDR på fem til ti nye distriktpsykiatriske sentre. Implementeringsstrategien må innebære en målrettet satsing over to-tre år, i tråd med internasjonal forskning. Vi ønsker å rekruttere klinikker med ulik type organisering. Det vil si at de må være varierte i form av geografisk plassering, størrelse og tidligere kompetanse på traumebehandling. Som beskrevet av Aarons og kolleger (2011) må en vellykket implementeringsstrategi innebære målrettede tiltak både direkte mot tjenestene og mot den ytre konteksten. Her presenteres først planer for rekruttering av klinikker og organisering av opplæring. Deretter beskrives implementeringstiltak vi ønsker å iverksette rettet mot organisasjonenes ytre og indre kontekst. Til slutt presenteres plan for brukermedvirkning.

7.2 Rekruttering av klinikker

Som beskrevet er det viktig at implementeringen forankres i helseforetakenes ledelse. Vi har derfor vært i kontakt med de regionale helseforetakenes fagrådgivere og orientert om prosjektet. Informasjonen har blitt videreformidlet til klinikkdirektører og DPS-er i flere av helseforetakene. Denne kontakten vil fortsette med tanke på å rekruttere egnede klinikker. Samtidig er vi i kontakt med RVTSene og sentrale fagpersoner om det samme, siden disse i mange tilfeller har god kjennskap til tjenestene og behovet for kompetanseheving. Det kan også være aktuelt å rekruttere klinikker ved å inngå trepartssamarbeid med sykehus og RVTS, der implementeringen inngår som en spesialisert del av et generelt kompetansehevingsprogram i regi av RVTS.

7.3 Opplæring

For å være i stand til å iverksette metodene er det essensielt å sikre tilstrekkelig kapasitet for opplæring og veiledning av terapeuter. Det har derfor vært en prioritert oppgave for prosjektet å opprette samarbeid med opplæringsmiljøene. Den videre opplæringen må gjøre behandlerne i stand til å rekruttere og behandle pasienter med komplekse vansker og komorbide lidelser.

7.3.1 Kognitiv terapi for PTSD

Denne behandlingsmodellen er utviklet ved Oxford Center for Anxiety Disorders and Trauma i Storbritannia. Selv om modellen er godt kjent i Norge er det ingen fagpersoner som har tilstrekkelig kompetanse til å tilby opplæring og veiledning per i dag. Under pilotprosjektet ble derfor opplæring og veiledning levert av miljøet i Oxford. For den videre implementeringen er det viktig å bygge opp et norsk kompetansemiljø. NKVTS har derfor innledet et trepartsamarbeid med Norsk Forening for Kognitiv Terapi (NFKT) og Oxfordmiljøet om opplæring av norske veiledere høsten 2017. NFKT har lang erfaring med opplæring i kognitiv terapi gjennom egne utdanninger, samt implementeringsprogrammer i samarbeid med blant annet Helsedirektoratet. NKFT har rekruttert 13 fagpersoner som har videreutdanning i kognitiv terapi, veilederutdanning og interesse for behandling av PTSD. Disse vil høsten 2017 gå igjennom et program som omfatter opplæringsseminar i Oxford, veiledede behandlingsforløp og veiledningsoppdrag. Programmet har blitt utviklet for å sikre tilstrekkelig kvalitet og kompetanse. Vi håper at dette vil medføre god kapasitet for opplæring og veiledning på modellen i Norge, samt et aktivt fagmiljø for kognitiv behandling av PTSD i årene fremover.

7.3.2 EMDR

I motsetning til for KT-PTSD finnes det allerede et godt etablert fagmiljø for EMDR i Norge som har drevet opplæring og veiledning i en årrekke. En person har godkjent kompetanse for å drive opplæring, mens 20 kan gi veiledning. Flere personer er i ferd med å tilegne seg kompetanse for å drive opplæring. Totalt har cirka 1500 terapeuter i Norge fått grunnleggende opplæring (level 1) i EMDR siden 1997, mens i overkant av 1000 har deltatt på videre kurs (level 2). 280 behandlere har sertifisering som EMDR-behandlere, men det er ikke et krav om å ha en slik sertifisering for å anvende metoden. Mange som har fått opplæring søker ikke om sertifisering. NKVTS har et samarbeid med aktuelle personer for opplæring og veiledning, samt fagorganisasjonen EMDR Norge. For den videre implementeringen arbeider vi med å tilpasse opplæringen i større grad for terapeuter ved DPS. Vi ser også på ulike samarbeidsformer rundt organisering av opplæringen i den videre implementeringen.

7.4 Implementeringstiltak rettet mot ytre kontekst

7.4.1 Sosiopolitisk kontekst

I alle fasene av implementeringen er det viktig at intervensjonene passer organisasjonenes sosiopolitiske kontekst i form av regelverk, finansiering og lovpålegg. Som beskrevet tidligere i rapporten er det flere utfordringer knyttet til dette som kan hindre en effektiv implementering. Dette gjelder særlig begrensninger på finansiering av 90-minutters sesjoner, krav om høy pasientgjennomstrømming og generelt stort arbeidspress i tjenestene. Det er viktig å ha fokus på dette i det videre arbeidet og at prosjektet arbeider mot ledelse, helseforetak og aktuelle myndigheter for å fremme en god ytre ramme for implementeringen.

Det er særlig aktuelt at dette perspektivet kommer inn i aktuelle utviklingsarbeider for tjenestene, for eksempel pakkeforløp for psykisk helse og rus.

7.4.2 Nettverk mellom organisasjoner

Formelle og uformelle nettverk mellom organisasjoner kan øke informasjonsflyt om tiltak og implementering. I denne sammenheng er vi særlig opptatt av å styrke samarbeidet mellom de ulike kompetansesentrene og fagmiljøene. Som beskrevet tidligere i rapporten foreligger det faglig uenighet både nasjonalt og internasjonalt om bruken av eksponeringsbaserte terapeutiske metoder i behandlingen av pasienter med traumelidelser. Særlig er det uenighet om pasienter først bør tilbys ikke-eksponerende stabiliserende behandling, eller om dette er unødvendig. Forskjeller i formidling og opplæring fra fagfolk og kompetansesentre kan ha skapt usikkerhet i tjenestene om hva som er riktig behandling for pasienter med PTSD. Vi ønsker derfor å forsøke å lage en faglig plattform for behandling av voksne med PTSD, i samarbeid med RVTS-ene, de spesialiserte behandlingstilbudene og sentrale fagfolk. Parallelt med dette vil vi utrede behovet for å utarbeide nasjonale retningslinjer for behandling av PTSD, i henhold til Helsedirektoratets retningslinjer. En slik prosess håper vi kan klargjøre kunnskapsgrunnlaget, hvilke problemstillinger det er uenighet om og hvilke behandlingsråd fagfeltet kan enes om. Samtidig kan det bedre samarbeidet mellom kompetansemiljøene, styrke det faglige grunnlaget for implementeringen og øke motivasjonen for endring i tjenestene. Videre i prosjektet kan det bli aktuelt å organisere fagnettverk mellom behandlere og klinikker involvert i implementeringen for å styrke motivasjon, utveksle erfaringer og styrke opprettholdelse.

7.5 Implementeringstiltak rettet mot indre kontekst

7.5.1 Ledelsesopplæring

God ledelse trekkes frem som en svært viktig faktor. Det er viktig at ledelsen kan være en aktiv pådriver, legge til rette for et godt implementeringsklima og bidra til administrativ støtte. Fokus på ledelse trekkes også frem av TF-CBT-prosjektet og RVTS Øst. I det videre arbeidet ønsker vi derfor å ha egne ledelsesseminarer i forkant av den aktive implementeringen med fokus på hvordan ledere kan bidra til en god implementering.

7.5.2 Rekruttering og seleksjon

I det videre arbeidet ønsker vi i større grad enn i pilotprosjektet å bruke tid på å rekruttere og selektere behandlere før opplæring. Det er særlig viktig å rekruttere behandlere med interesse for behandlingsformene, og med en arbeidshverdag som gjør det mulig å rekruttere pasienter og praktisere metodene. For å øke opprettholdelse er det også mest formålstjenlig å rekruttere behandlere med faste stillinger eller langtidsengasjementer. Rekruttering av lokale opinionsledere trekkes frem som et effektivt implementeringstiltak av Kunnskapssenteret. Vi ønsker derfor også å identifisere og rekruttere terapeuter ved klinikkene som har et særlig

engasjement for traumebehandling og som har evne til å engasjere og inspirere sine kolleger. Disse personene kan gis spesifiserte roller og ansvar i implementeringen, i samarbeid med ledelsen.

7.5.3 Organisering

Vi planlegger å lage egne prosjektgrupper knyttet til hver klinikk for å forankre implementeringen på en god måte. En prosjektgruppe kan bestå av en representant fra NKVTS, en representant fra ledelsen ved klinikken, en behandler med særlig engasjement for traumebehandling og en representant fra lokalt kompetansesenter (for eksempel RVTS) eller spesialisert klinikk. Gruppen vil ha ansvar for å planlegge og tilrettelegge for implementeringen, med et særlig fokus på å etablere et bærekraftig tilbud også utover prosjektperioden.

7.5.4 Beslutningsstøttende systemer

Erfaringer fra piloten, TF-CBT-implementeringen og internasjonale prosjekter viser at pasienter ofte ikke utredes grundig nok for traumeerfaringer og PTSD, og at de ikke tilbys evidensbasert behandling selv når disse er tilgjengelige. Beslutningsstøttende systemer kan bidra til forbedring av slike kliniske vurderinger. Vi ønsker å innføre enkle screeningverktøy for å utrede traumehistorie og PTSD-symptomer, som kan integreres med standard utredning for alle pasienter ved klinikkene. I tillegg vil vi gjøre tilgjengelig egnede og validerte kliniske verktøy for å stadfeste PTSD-diagnosen. Disse verktøyene har blitt utviklet som en del av pilotprosjektet. De kan integreres i den elektroniske løsningen for datainnsamling, sammen med kliniske retningslinjer.

7.5.5 Evaluering og tilbakemelding

For å sikre implementeringskvalitet er det viktig at behandlere, ledere og prosjektet får kontinuerlig tilbakemelding på flere parametere knyttet til behandlingen. Vi har derfor utviklet elektroniske løsninger som gjør det mulig kontinuerlig å samle inn data og gi tilbakemelding, og vi ønsker å videreutvikle dette. Per i dag har vi på plass et system som gjør det mulig for pasientene å rapportere sine symptomer før hvert møte, samtidig som terapeutene får en rapport som gjør det mulig og monitorere symptomutviklingen. Den terapeutiske relasjonen blir også monitorert. Slike tilbakemeldingssystemer har vist seg å kunne øke terapieffekt, samtidig som det gjør det lettere å identifisere pasienter uten fremgang eller med negativt utfall av behandlingen (Boswell, Kraus, Miller, & Lambert, 2015). Det er også en integrert del av behandlingsmodellene og veiledningen. I tillegg arbeider vi med å utvikle elektroniske systemer for tilbakemelding om etterlevelse, i samarbeid med Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitetet i Oslo. Gjennom monitorering av innsamlede data på utredning og diagnostisering kan vi også gi tilbakemelding på oppnådd anvendelse. Innsamling av slike data gjør det også mulig å definere klare utfallsmål for implementeringen.

Dette har vært en svakhet ved behandling av PTSD i USA og har vist seg viktig i implementeringen av TF-CBT.

7.5.6 Informasjonsfilm om behandling rettet mot flyktninger og innvandrere

Som beskrevet tidligere har det blitt rekruttert færre pasienter med flyktningebakgrunn enn det vi ønsket. Tidligere forskning har vist at mangelfull forståelse av hva psykologisk behandling innebærer kan være til hinder for å ta imot, fullføre eller få utbytte av slik behandling. På bakgrunn av dette har det blitt gjort et forarbeid til en informasjonsfilm som presenterer psykologisk behandling for flyktninger og personer med innvandrerbakgrunn, som ikke er kjent med denne typen behandling fra tidligere. En slik film kan også være nyttig for undergrupper av majoritetsbefolkningen som heller ikke har god forståelse av psykologisk behandling. Ved en gjennomgang på internett og blant kilder vi har fått anbefalt, har vi ikke funnet tilsvarende informasjonsmateriell. Vi har kartlagt det opplevde behovet for en slik informasjonsfilm blant behandlere ved DPS-er og andre som arbeider med målgruppen. Den potensielle nytten av en slik film er bekreftet fra alle vi har vært i kontakt med, også i gruppen traumatiserte flyktninger som har gått i slik behandling. Derfor er vi nå i gang med å ferdigstille manus til en animasjonsfilm som skal dekke dette behovet, og som er tenkt å gjøres bredt tilgjengelig for DPS-er, legekontorer og allmennheten. Vi vil arbeide videre for å se på kilder til finansiering av selve produksjonen av filmen.

7.6 Brukermedvirkning

I det videre arbeidet med implementeringen ønsker vi et sterkere fokus på brukermedvirkning. Brukerpreferanser utgjør en viktig del av evidensbasert praksis og det er derfor viktig å sikre ivaretagelse av brukerperspektivet.

En viktig brukergruppe er ledere og terapeuter i klinikkene. Denne gruppa har i piloten kunnet påvirke prosjektet gjennom seminarer, møter og direkte tilbakemeldinger. Vi planlegger å styrke dette videre gjennom opprettelsen av egne prosjektgrupper rundt hver klinikk, der representant for ledelse og behandlere inngår.

Vi ønsker også å kunne få mer direkte tilbakemeldinger fra pasienter som mottar behandling i prosjektet, ut over de dataene som samles inn fra spørreskjemaer og tilbakemeldinger som blir gitt terapeutene. Vi planlegger derfor å opprette et brukerråd bestående av pasienter som går i behandling eller har avsluttet behandling gjennom prosjektet. Vi ønsker særlig innspill på informasjonen om prosjektet og behandlingsmetodene, utfallsmålene som brukes, tilretteleggingen av behandlingen og datainnsamlingen, samt problemstillinger for eventuell forskning knyttet til implementeringen.

En siste aktuell brukergruppe som vi ønsker å fokusere på er personer med traumerelaterte plager som ikke går i behandling. Dette kan være personer som vurderer om de skal ta kontakt med hjelpeapparatet eller som har gått i behandling tidligere. Vi ønsker å få kunnskap om hva

slags behandling denne gruppa kunne ønske dersom de søker hjelp og hvilken informasjon som vil være viktig for dem for å ta denne avgjørelsen. For å komme i kontakt med slike personer vil vi samarbeide med brukerorganisasjonen Landsforeningen for PTSD i Norge. Denne organisasjonen er relativt nystartet, men har allerede flere aktive brukere blant annet gjennom en selvhjelpsgruppe på Facebook. Vi ønsker å rekruttere deltakere til fokusgruppeintervjuer som kan gi viktige innspill til den videre implementeringen.

8 Referanser

- 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. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00138-4](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00138-4)
- Bisson, J. I., Cosgrove, S., Lewis, C., & Roberts, N. P. (2015). Post-traumatic stress disorder. *BMJ*, 6161(November), h6161. <http://doi.org/10.1136/bmj.h6161>
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD003388. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <http://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 6–19. <http://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>
- Carlson, E., & Putnam, F. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative ...*, 6(1), 16–27.
- Chen, L., Zhang, G., Hu, M., & Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 443–51. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000306>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1–12. <http://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., ... Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128–141. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., ... Bicanic, I. A. E. (2016). Critical Analysis of the Current Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. *Depression and Anxiety*, 11(April 2015), n/a-n/a. <http://doi.org/10.1002/da.22469>
- Egeland, K. M., Ruud, T., Ogden, T., Lindstrøm, J. C., & Heiervang, K. S. (2016). Psychometric properties of the Norwegian version of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS): to measure implementation readiness. *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 47. <http://doi.org/10.1186/s12961-016-0114-3>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–45. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehlers, A., Grey, N., Wild, J., Stott, R., Liness, S., Deale, A., Clark, D. M. (2013). Implementation of Cognitive Therapy for PTSD in routine clinical care: Effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 742–752. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.006>
- Fixen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. B., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231). <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303–314. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>
- Ford, J., Green, B., Alexander, P., Briere, J., Judith, L., Lanius, R., Stolbach, B. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines For Complex PTSD In Adults ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults, (November), 1–21.
- Hagenaars, M. a, van Minnen, A., & Hoogduin, K. a L. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), 19–27. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.001>
- Halvorsen, J. Ø., Stenmark, H., Neuner, F., & Nordahl, H. M. (2014). Does dissociation moderate treatment outcomes of narrative exposure therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.010>

Implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD hos voksne i klinikk

- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research, 16*(1), 12–25. <http://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research, 20*(10), 1727–1736. <http://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., ... 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. <http://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>
- Jowett, S., Karatzias, T., Brown, M., Grieve, A., Paterson, D., & Walley, R. (2016). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for DSM-5 posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults with intellectual disabilities: A case study review. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy, 8*(6), 709–719. <http://doi.org/10.1037/tra0000101>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders, 44*(October), 73–79. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.009>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 617–27. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. <http://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J. F., & Sørgaard, K. W. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*(1), 11–19. <http://doi.org/10.1007/s00127-016-1295-3>
- Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M., & Hoge, C. W. (2016). PSYCHOTHERAPY VERSUS PHARMACOTHERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: SYSTEMIC REVIEW AND META-ANALYSES TO DETERMINE FIRST-LINE TREATMENTS. *Depression and Anxiety, 33*(9), 792–806. <http://doi.org/10.1002/da.22511>
- Leeman, R. F., Hefner, K., Frohe, T., Murray, A., Rosenheck, R. A., Watts, B. V., & Sofuoglu, M. (2017). Exclusion of participants based on substance use status: Findings from randomized controlled trials of treatments for PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 89*, 33–40. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2016.10.006>
- Minnen, A. van, & Harned, M. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 15*(3), 96–101. <http://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18805>
- Murray, H. (2017). Evaluation of a Trauma-Focused CBT Training Programme for IAPT services. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1*–16. <http://doi.org/10.1017/S1352465816000606>
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Dyck, R., Hart, O., & Vanderlinden, J. (1997). The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*(5), 311–318. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09922.x>
- Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care (Clinical Guideline 26)*. (2005). Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg26/resources/posttraumatic-stress-disorder-management-975329451205>
- 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 and Mental Health Services Research, 36*(1), 24–34. <http://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
- Rizvi, S. L., Vogt, D. S., & Resick, P. A. (2009). Cognitive and affective predictors of treatment outcome in Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*(9), 737–43. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2009.06.003>
- Rosen, C. S., Matthieu, M. M., Wiltsey Stirman, S., Cook, J. M., Landes, S., Bernardy, N. C., ... Watts, B. V. (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*(6), 957–977. <http://doi.org/10.1007/s10488-016-0755-0>
- Sack, M., Zehl, S., Otti, A., Lahmann, C., Henningsen, P., Kruse, J., & Stingl, M. (2016). A Comparison of Dual Attention, Eye Movements, and Exposure Only during Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Posttraumatic Stress

Implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD hos voksne i klinikk

- Disorder: Results from a Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 357–365. <http://doi.org/10.1159/000447671>
- Shapiro, F., & Liliotis, D. (2015). EMDR Therapy for Trauma-Related Disorders. In U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.), *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders* (pp. 205–228). London: Springer.
- Sin, J., Spain, D., Furuta, M., Murrells, T., & Norman, I. (2017). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. In J. Sin (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD011464.pub2>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <http://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T., & Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 641–7. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.002>
- Strøm, I., Kristian Hjemdal, O., Myhre, M. C., Wentzel-Larsen, T., & Thoresen, S. (2017). The Social Context of Violence: A Study of Repeated Victimization in Adolescents and Young Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 88626051769686. <http://doi.org/10.1177/0886260517696867>
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. (Rapport 1/2014)*. Oslo. Retrieved from http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/Vold_og_voldtekt_i_Norge.pdf
- Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F., & Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 26259. <http://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26259>
- van den Berg, D. P. G., de Bont, P. a. J. M., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged Exposure vs Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder in Patients With a Psychotic Disorder. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 259–267. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2637>
- van den Hout, M., & Engelhard, I. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(5), 724–738. <http://doi.org/10.5127/jep.028212>
- van Minnen, A., van der Vleugel, B., van den Berg, D., de Bont, P., de Roos, C., van der Gaag, M., & de Jongh, A. (2016). Effectiveness of trauma-focused treatment for patients with psychosis with and without the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 29, bjp.bp.116.185579. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.185579>
- Øktedalen, T., Hagtvet, K. A., Hoffart, A., Langkaas, T. F., & Smucker, M. (2014). The Trauma Related Shame Inventory: Measuring Trauma-Related Shame Among Patients with PTSD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 600–615. <http://doi.org/10.1007/s10862-014-9422-5>
- Aarons, G. A. (2005). Measuring Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practice: Consideration of Organizational Context and Individual Differences. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(2), 255–271. <http://doi.org/10.1016/j.chc.2004.04.008>
- 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. <http://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>



Notat kan lastes ned fra www.nkvts.no

Notat 2017



NKVTS.NO