

FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

FoU-rapport 1/2024

Utökat implementeringsstöd av BUD 0-4 år inom späd- och småbarnpsykiatri

Verksamhetsområde:	Barn- och ungdomspsykiatri Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
Enhet:	Barn- och ungdomspsykiatri Viktoriagården Malmö
Projektansvarig chef:	Kerstin Kvist, enhetschef kerstin.m.kvist@skane.se
Projektets medarbetare:	Eva Landegren Tedgård, leg psykolog, leg psykoterapeut och med dr eva.landegrentedgard@skane.se Katrín Bernstad, leg psykolog, specialist i psykologisk behandling, leg psykoterapeut katrin.bernstad@skane.se
Handledare vid FoU-enheten:	Pernille Holck, hälso- och sjukvårdsstrateg pernille.holck@skane.se
Utgivning:	Mars 2024
ISBN:	978-91-989047-0-3
Layout:	Kommunikationsenheten

FoUU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom psykiatri och habiliteringen. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoUU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Landegren Tedgård, E. & Bernstad, K. (2024). *Utökad implementeringsstöd av BUD 0-4 år inom späd- och småbarnspsykiatri*, FoU-rapport 1/2024, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

Sammanfattning

Inom Barn- och ungdomspsykiatri bedöms de yngsta barnen i enlighet med den standardiserade vårdprocessen BUD (Barn- och ungdomspsykiatrisk utredning och diagnostik) 0–4 år. Bedömningen innefattar observationer av barnets symtom, samspelet mellan barn och omsorgsgivare, riskfaktorer, föräldraintervjuer samt information från självskattningsinstrument som fylls i av respektive förälder – Föräldraenkät (FE).

Under den tidigare implementeringen av BUD 0–4 år har det framkommit att majoriteten av teamen inte använde FE regelbundet och att den framtagna strukturen för implementering genom möten med kontaktpersoner således var otillräcklig.

Syftet med studien var att stärka implementeringen av föräldraifyllda självskattningsinstrument inom spädbarns- och småbarnsverksamheterna. Implementeringsstödet gavs genom att under ett år genomföra sex till åtta gruppträffar per spädbarnsteam. Träffarna syftade till att gå igenom de olika delarna i FE, hitta fungerande rutiner samt att ge utrymme för diskussion kring tolkning och återgivning av FE. I slutet av projektåret fick samtliga behandlare besvara en enkät avseende hur de uppfattat implementeringsstödet och hur de värderade de olika instrumenten.

Resultatet av det utökade implementeringsstödet visade på en väsentlig ökning av användandet av FE. Vidare identifierades ett behov av fortsatt revidering av de olika självskattningsinstrumenten, rutiner för distribuering samt stöd kring dokumentation och återkoppling.

Förväntad nytta för patienten är att en systematisk insamling av relevant information om familjens situation förbättrar likvärdigheten i vården och gynnar upprättandet av en god behandlingsplan.

Förord

Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma hälsa i livets alla skeden för barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. I samarbetet mellan FoUU-enheten (Forskning, Utveckling, Utbildning) och verksamheterna sker en ständig granskning av nya och rådande metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika insatserna.

FoU-rapporterna syftar till att stödja en evidensbaserad praktik, att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling samt att skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande. Rapporterna utgår från en frågeställning i praktiken som leder till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att redan i ett tidigt stadium påbörja implementeringen. Detta görs genom att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

I detta arbete har implementeringsarbetet med en föräldraenkät stöttats och utvärderats. Projektet har genomförts av leg psykolog, leg psykoterapeut och dr med vet Eva Landegren Tedgård och leg psykolog, leg psykoterapeut och specialist i psykologisk behandling Katrin Bernstad på Viktoriagården inom Barn- och ungdomspsykiatri. Hälso- och sjukvårdsstrateg och dr med vet Pernille Holck har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från enhetschef Kerstin Kvist och verksamhetschef Linda Welin. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av FoU-medel.

Vi riktar ett tack till de medarbetare som deltagit i gruppträffar och besvarat en enkät.

Lund mars 2024

Charlotta Sunnqvist
Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, docent
Chef för FoUU-enheten
Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Innehåll

1. Bakgrund	6
1.1 <i>Bedömning och behandling av de yngsta barnen</i>	6
1.2 <i>Standardiserade vårdprocesser inom Bup Skåne</i>	7
1.3 <i>Implementering av nya metoder</i>	8
1.4 <i>Behov av stöd i implementering av FE i BUD 0–4 år</i>	9
2. Syfte	10
3. Metod	10
3.1 <i>Beskrivning av studien</i>	10
3.2 <i>Deltagare</i>	12
3.3 <i>Materialinsamling</i>	12
3.4 <i>Analys</i>	13
3.5 <i>Etiska överväganden</i>	13
4. Resultat	13
4.1 <i>Första delen av implementeringsåret</i>	13
4.2 <i>Den senare delen av implementeringsåret</i>	15
4.3 <i>Behandlarnas syn på implementeringen av FE</i>	16
5. Diskussion	20
5.1 <i>Metodöverväganden</i>	24
6. Slutsatser	25
Referenser	26
Bilagor	30
<i>Bilaga 1 Frågor kring vårt implementeringsprojekt av föräldraenkäterna</i>	30
Tidigare publikationer	32

1. Bakgrund

Barnpsykiatri i Sverige har som uppdrag att bedöma, utreda och behandla barn och ungdomar mellan 0–17 år med svåra eller måttliga barnpsykiatriska symtom. Graden av psykisk ohälsa i förskoleåldern har i flera studier visat sig vara jämförbar med förekomsten hos äldre barn (Furniss m.fl., 2006; Skovgaard, 2010; Wichstrøm m.fl., 2012), vilket innebär att även små barn kan vara i behov av specialiserad vård. Det är dock få mottagningar i Sverige som erbjuder behandling till de yngsta barnen. Vidare saknas nationella riktlinjer för bedömning och behandling av de yngsta barnens psykiska ohälsa och psykiatriska tillstånd, trots att till exempel Nordiska ministerrådet i tre rapporter slagit fast att de tidiga levnadsårens betydelse för barnets fortsatta mentala hälsa i betydligt högre grad behöver återspeglas i nationella policys och handlingsplaner (Danielsdottir & Ingudottir, 2020; 2022; Martinussen & Kurki, 2021). I en kartläggning som gjordes på uppdrag av Socialstyrelsen (Furmark & Neander, 2018) i syfte att kartlägga verksamheter inom kommuner och regioner som erbjuder behandling/indikerade insatser till barn 0–4 år fann man sammanlagt 34 verksamheter i hela Sverige. Det innebär att endast fyra promille av barnen i åldersgruppen hade tillgång till insatser på indikerad nivå. Bup var ensam huvudman för tio av dessa verksamheter, varav fem låg i Region Skåne.

I Region Skåne finns idag sex team för späda och små barn, placerade i Hässleholm, Helsingborg, Lund, Ystad, Trelleborg och Malmö. Teamen har i uppdrag att utreda avvikelser i den tidiga utvecklingen, utvecklingshämmande svårigheter i samspelet med primära omsorgsgivare hos barn 0–4 år samt att erbjuda barnpsykiatrisk behandling med fokus på samspelet mellan barnet och dess primära omsorgsgivare till barn 0–6 år. I uppdraget ingår också att behandla gravida med identifierad prenatal anknytningsproblematik. Det största teamet för späda och små barn i regionen, Viktoriagården, ligger i Malmö. Där har man bedrivit behandling av de yngsta barnen sedan 1980-talet. På Viktoriagården finns en tradition av att beskriva patientgruppen och behandlingsarbetet samt av att utvärdera behandlingsinsatserna (Berg Brodén, 1989; Bernstad, 2022; Tedgård, 2008; Tedgård m.fl., 2018; Tedgård, 2023).

1.1 Bedömning och behandling av de yngsta barnen

Förutsättningarna för att bedöma och bedriva behandling av de yngsta barnen är annorlunda jämfört med äldre barn. Symtomen tar sig andra uttryck, är mindre avgränsade och inte lika diagnosspecifika som hos äldre barn. Detta leder bland annat till att det är svårt att hitta lämpliga screeninginstrument som fångar de allra yngsta barnens symtombild. Lämpliga instrument för åldersgruppen som är validerade till svenska

förhållanden saknas i princip helt. Vidare saknar klassificeringssystemen International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD; World Health Organization, 1993) och The Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (DSM; American Psychiatric Association, 2022) som används inom barnpsykiatri i Sverige relevanta beskrivningar av barnpsykologiska problem hos späda och små barn (Dalman m.fl., 2021). De har därför kompletterats med ett klassificeringssystem med åldersanpassade beskrivningar av små barns beteendeavvikelser och utvecklingsförseningar, DC 0-5:11 (Zero To Three, 2016; 2022). Klassificeringssystemet tar hänsyn till barnets snabba utvecklingstakt och stora beroende av sin omgivning. Det vilar på fem axlar: *kliniska störningar, relationell kontext, fysiska hälsotillstånd och överväganden, psykosociala stressfaktorer samt skattning av utvecklingsmässiga milstolpar och kompetensområden*. För att kunna göra en bedömning av de yngsta barnens behov av insatser behöver man väga samman information från alla fem axlarna. Observationer av barnet och av samspelet mellan barn och förälder är en central del av bedömningen eftersom barnet självt är för litet för att kunna beskriva sin situation.

Behandlingen av de yngsta barnen med psykisk ohälsa och psykiatrisk problematik fokuserar till stor del på att med olika medel främja samspelet med omsorgspersonerna så att det blir så utvecklande som möjligt för barnets psykiska hälsa. Metoderna är ofta diagnosövergripande. Svårigheten med att hitta lämpliga screeninginstrument som fångar de yngsta barnens symtom har bidragit till svårigheter att utvärdera behandlingsinsatser på symtomnivå. Nordiska ministerrådet betonar behovet av forskning på de yngsta barnen i en nordisk kontext (Martinussen & Kurki, 2021).

1.2 Standardiserade vårdprocesser inom Bup Skåne

Bup Skåne har sedan 2018 arbetat med att ta fram Standardiserade vårdprocesser (SVP). I dagsläget (oktober 2023) finns sammanlagt 18 SVP inom Bup i Region Skåne. SVP ger riktlinjer för hur man ska bedöma/utreda och behandla olika tillstånd och syftar till att uppnå en mer likvärdig vård. SVP ska även fungera som stöd till medarbetare i det kliniska arbetet. SVP Späda och små barn beskriver stegvis utredning och behandling av barn 0–4 år. För att tydliggöra det första steget i utredningen, den initiala bedömningen, finns en separat SVP, Ungdomspsykiatrisk bedömning och diagnostik BUD 0–4 år. För barn över fyra år finns motsvarande SVP, Ungdomspsykiatrisk bedömning och diagnostik, BUD 4–17 år. Bup Skånes ambition är att organisationens olika standardiserade vårdprocesser i så hög utsträckning som möjligt ska likna varandra vad gäller struktur och innehåll.

Bup Skånes SVP:er bygger i förekommande fall på Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) riktlinjer om stegvis vård och är framtagna av regionens expertis utifrån aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet. Eftersom det saknas nationella riktlinjer för utrednings- och behandlingsarbete för de yngsta barnen arbetades BUD 0–4 år och SVP Späda och små barn fram av regionens expertis utifrån kunskap och erfarenhet. En av författarna till den aktuella rapporten, Katrin Bernstad, är SVP-ansvarig för och leder arbetet med att ta fram SVP Späda och små barn samt BUD 0–4 år. I detta arbete ger kolleger såväl inom som utom regionen stöd i form av diskussioner.

BUD 4–17 år innefattar ett batteri av självskattningsinstrument till föräldrar i syfte att kartlägga problematik och funktionsnivå hos barn och familj. Dessa distribueras genom det digitala verktyget Blåappen (Hansson m.fl., 2018). Målsättningen för Bup Skåne är att så många självskattningsinstrument som möjligt ska finnas tillgängliga i Blåappen för att förenkla och säkerställa distribuering och administrering samt ge goda förutsättningar för utvärdering av insatser. På grund av svårigheterna med att hitta lämpliga screeninginstrument för de yngsta barnen har det inte funnits någon tradition av systematisk användning av screeninginstrument i bedömningsfasen på teamen för späda och små barn. Det finns inte heller några instrument anpassade till de allra yngsta barnen i Blåappen.

Inom ramen för en utvärderingsstudie av behandlingen inom teamen för späda och små barn i Lund och Malmö har en föräldraenkät (FE) tagits fram (Tedgård, 2023). I studien prövades nya screeninginstrument för att fånga symtomnivån hos de yngsta barnen. FE innehåller nio självskattningsinstrument som beskriver familjernas psykosociala bakgrundsfaktorer, problembeskrivning samt symtombild hos barn och förälder. Eftersom FE återspeglade centrala axlar i DC 0–5 och eftersom självskattningsinstrumenten vid tiden för framtagandet av BUD 0–4 år redan regelbundet distribuerades före och efter behandling i två av teamen blev det naturligt att låta FE utgöra en del av BUD 0–4 år¹. Genom BUD 0–4 år gavs förutsättningar att implementera självskattningsinstrument på samtliga team för späda och små barn som på sikt även skulle kunna läggas in i Blåappen.

1.3 Implementering av nya metoder

Implementering av nya arbetssätt är svårt och tidskrävande, vanligtvis är det en pågående process som sträcker sig över flera år (Socialstyrelsen,

¹ Utöver FE innefattar BUD 0–4 år observationer av barnet och av samspelet mellan barn och förälder samt föräldrintervjuer.

2019). För att en organisation ska vara redo att använda sig av nya metoder behöver de som ska arbeta med metoden bland annat uppfatta förändringen som fördelaktig för dem själva, att de har förutsättningarna att genomföra förändringen och att den kommer att leda till önskvärt resultat (Aarons m.fl, 2012). Även möjlighet till att identifiera och hantera eventuella hinder och främjande faktorer för implementering lyfts fram som centralt för att lyckas (Grol & Grimshaw, 2003).

Som en hjälp för verksamheter att implementera nya arbetssätt och metoder har Folkhälsomyndigheten tagit fram ett ramverk för implementering med kvalitet (Folkhälsomyndigheten, 2017). Checklistan följer fyra faser där de två första faserna handlar om planering, den tredje om själva genomförandet och den fjärde om lärande och förbättring. I planeringsfasen betonas vikten av att skapa en struktur för implementeringen genom att till exempel utse ansvariga och stödpersoner för implementeringen. I tredje fasen poängteras vikten av att de som ska använda sig av metoden har tillgång till handledning och teknisk assistans. Det är vidare fördelaktigt om exempelvis riktlinjer kring nya metoder kan kombineras med utbildning, praktisk träning och coachning (Meyers m.fl, 2012; Durlak & DuPre, 2008)

Psykiatrin fattade redan 2017 beslutet att arbeta i enlighet med standardiserade vårdprocesser och har sedan dess arbetat för införandet. Man har skapat en tidsram och struktur för implementeringen med tydliga roller i implementerings-processen. Det yttersta ansvaret för implementeringen ligger på ledningen, medan SVP-ansvariga ska stötta implementeringen genom att utbilda och hålla regelbundna möten med utsedda kontaktpersoner för varje SVP.

1.4 Behov av stöd i implementering av FE i BUD 0–4 år

BUD 0–4 år och SVP Späda och små barn publicerades hösten 2020. Våren 2021 gjordes en utvärdering av implementeringen ur ett medarbetarperspektiv (Waldo & Thorsted, 2021) med fokus på i vilken utsträckning SVP användes i verksamheten, hur medarbetarna såg på arbetet enligt SVP och vilket behov av stöd de hade för att arbeta enligt SVP. Rapporten visade att implementeringen var under uppstart, i synnerhet BUD 0–4 år som publicerats senare än BUD 4–17 år. Medarbetarna upplevde då att de delvis hade förutsättningar för att arbeta enligt SVP generellt och att deras behov av stöd var medelhögt. Följsamheten till BUD (0–4) och (4–17) skattades något högre än till SVP generellt. Våren 2023 gjordes en ny utvärdering (Waldo, Å., & Nilsson, A., 2023) med fokus upplevelsen av användbarheten hos anställda och chefer. I rapporten skattades då användbarheten av BUD 0-4 år som

relativt låg vilket enligt författarna bör tolkas som en avspegling av att patientgruppen är liten.

SVP-ansvarig kunde under mötena med kontaktpersonerna för SVP under 2021 konstatera att steg I i BUD 0–4 år inte alltid genomfördes i sin helhet, att FE inte samlades in i alla ärenden och att användningen skilde sig kraftigt åt mellan de olika teamen. Även vid gemensamma nätverksträffar framkom det att FE inte användes i den utsträckning som avsågs i BUD 0–4 år. Den framtagna strukturen för implementering genom möten med kontaktpersoner tycktes således vara otillräcklig.

Författarna till den aktuella rapporten identifierade ett behov av ytterligare genomförandestöd i implementeringen av FE i form av coachning och handledning till de olika teamen för späda och små barn. Författarna såg vidare behov av att undersöka vilka självskattningsinstrument i FE som upplevdes som relevanta för användarna i det kliniska arbetet, dels för att identifiera hinder och främjande faktorer för implementeringen (Grol & Grimshaw, 2003) dels som ett led i utvärdering och revidering av självskattningsinstrumenten i BUD 0–4 år.

2. Syfte

Syftet är att stärka och utvärdera implementeringsarbetet med FE genom att identifiera hindrande och främjande faktorer samt att undersöka vilka självskattningsinstrument i FE som är kliniskt relevanta vid en revidering av BUD 0–4 år.

3. Metod

3.1 Beskrivning av studien

Metoden i studien är en kvalitativ undersökning utifrån loggböcker förda under gruppträffar med respektive spä- och småbarns mottagning samt beskrivande statistik av de enkätsvar som de enskilda behandlarna gav.

Projektet inleddes med att den författare som även var projektledare, Eva Tedgård, träffade de sex olika spä- och småbarnsmottagningarna enskilt för en genomgång av de olika instrumenten som föräldraenkäten (FE) består av. Nedan presenteras instrumenten.

Frågor om bakgrund och uppväxt

1. *Demografiska data* samt uppgift om orsak till sökt behandling (egenkonstruerade frågor).

Frågor om våld

2. *Våld i nära relationer (VIF)* (Annerbäck m.fl., 2012; MacMillan m.fl., 2006). Instrumentet innehåller fyra frågor om våld mot vuxen och två frågor om våld mot barn.

Frågor om barns mående och fungerande

3. *Spädbarnsskala 0–8 mån*, modifierad av Eva Tedgård från Brief child and family phone interview (BCFPI) för äldre barn (Cunningham m.fl., 2009; Niccols m.fl., 2018). Instrumentet har elva frågor med fyra svarsalternativ.
4. *Brief child and family phone interview (BCFPI) för barn i åldern 8–36 månader* (Cunningham m.fl., 2009; Niccols m.fl., 2018). Instrumentet har 36 frågor med fyra svarsalternativ.
5. *Strengths and Difficulties Questionnaire - Styrkor och svårigheter (SDQ-Sve)* för barn i åldern 3 – 16 år (Goodman, 1997). SDQ är ett självskattningsinstrument som fylls i av föräldern/barnet och som används för att mäta barns och ungdomars psykiska hälsa. Instrumentet består av 25 frågor med tre svarsalternativ.

Frågor om upplevelser och känslor som förälder

6. *Parenting Stress Index, PSI-Short form* Föräldrastress kortversionen (Abidin, 1995). PSI kortversion består av 36 frågor som är indelade i tre olika dimensioner.
7. *Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS-21* (Brown m.fl., 1997). DASS-21 är kortversionen av DASS och är ett självskattningsinstrument som mäter depression, ångest och stress under den senaste veckan. Varje skala består av sju frågor.
8. *Mother-to-Infant Bonding Scale* (Taylor m.fl., 2005). MIBS är ett självskattningsinstrument med nio så kallade items.
9. *The Postpartum Bonding Questionnaire - PBQ* (Brockington, 2001) Instrument som mäter föräldrarnas känslomässiga relation till sitt barn med 23 frågor med kategorierna bonding, rejektion/ilska och oro för omsorg.
10. *Relationship Questionnaire, RQ* (Bartholomew & Shaver, 1998). RQ är ett självskattningsinstrument som mäter fyra kategorier av anknytningsstil med hjälp av påståenden: undvikande, trygg, ambivalent och desorganiserad.

Vid den inledande träffen delades normeringsdata och rättningsmallar ut.

Efter introduktionsmötet träffade projektledaren de olika mottagningarna sex till åtta gånger under 2022. De flesta av träffarna skedde digitalt.

3.2 Deltagare

Deltagarna var de 23 behandlare på de sex späd- och småbarnsmottagningarna i Skåne, 20 kvinnor och tre män som arbetade som kuratorer, psykologer, pedagoger eller sjuksköterskor. Samtliga 23 besvarade enkätfrågorna, och en majoritet närvarade vid samtliga gruppträffar.

3.3 Materialinsamling

All data i studien är hämtad från de loggböcker som upprättades vid de träffar respektive mottagning hade med projektledaren, samt från svaren på den enkät som behandlarna besvarade i slutet av implementeringsåret.

Under året hade projektledaren mellan sex och åtta gruppträffar med de olika mottagningarna. Vid varje träff svarade behandlarna på halvstrukturerade intervjufrågor kring vilka rutiner som de skulle behöva för att använda föräldraenkäten mer frekvent, hur tidskrävande rättningen hade varit, hur de hade använt informationen i diskussion med familjen då de gjort en behandlingsplan samt hur de hade journalfört data från föräldraenkäten. Svaren från träffarna samlades och organiserats i en separat loggbok för varje team.

I oktober 2022, då projektet hade pågått i ca sju månader, administrerades en uppföljningsenkät till samtliga späd- och småbarnsmottagningar för att mäta behandlarnas uppfattning om implementeringsprojektet (Bilaga 1). Samtliga 23 behandlare ombads att besvara.

Enkäten hade följande frågeställningar:

- Hur har implementeringen av föräldraenkäten (FE) fungerat?
- Vilken nytta har man haft av svaren på självskattningsinstrumenten då en behandlingsplanering gjordes med familjerna?
- Vilka svar på självskattningsinstrumenten var betydelsefulla, respektive gav inte användbar information?
- Hur gavs feedback till föräldrarna?
- Hur dokumenterades svaren från självskattningsinstrumenten i journalerna?

3.4 Analys

Loggböckerna är analyserade med en konventionell innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005), en metod som ofta används för att beskriva ett fenomen, i detta fall implementeringen av ett visst arbetsredskap. De olika delarna i analysen är 1) Upprepad genomläsning, 2) Kodning av meningsbärande stycken, 3) Sökande efter kategorier, samt 4) Sortering i övergripande kategorier och subkategorier. En styrka med analysmetoden är att det blir direkta beskrivningar av samtalen, en svaghet är risken att missa att koda intressanta data. Sammanställningen av informationen från loggböckerna redovisas i två delar, de första ca 6 månaderna respektive de sista ca 6 månaderna av implementeringsåret, då det förväntades ske en process under året.

Svaren på enkäten analyserades med deskriptiv statistik.

3.5 Etiska överväganden

Samtliga deltagande behandlare har medverkat frivilligt och försäkrats om att alla resultat endast kommer att redovisas på gruppnivå.

4. Resultat

Resultatdelen består av tre delar, den första är analysen av loggböckerna gjorda under de första ca sex månaderna, den andra är analysen av loggböckerna som fördes under de avslutande sex månaderna och den tredje resultatdelen är svaren från den enkät som respektive behandlare fyllde i slutet av implementeringsåret.

Resultaten inleds således med svar från de första gruppträffarna med teamen, där fyra teman identifierades: *rutiner för att lämna ut FE, FE passar inte alla familjer, kommentarer kring de enskilda instrumenten och bristande feedback till familjerna*. Därefter redovisas svar från de avslutande gruppträffarna som genomfördes ca sex månader senare. Följande fem teman identifierades då: *rutiner för att lämna ut FE, kommentarer kring de enskilda instrumenten, FE och Blåappen, feedback till familjerna och dokumentation av svaren på FE*.

4.1 Första delen av implementeringsåret

Rutiner för att lämna ut FE

Samtliga team beskrev att de saknade fungerande arbetsrutiner för att dela ut, eller, i de team där alla familjer får FE hemskickad, fråga efter FE. De beskrev att de inte kom ihåg, att de under nybesöket fokuserat så

mycket på annat och att tiden var för kort. Samtidigt uppgav samtliga team att de var positiva till att inhämta patientinformation med FE. Några exempel på svar är "Den blir något att hålla sig i då man arbetar ensam", "FE ger möjlighet att se problemen från båda föräldrarnas synvinkel", "FE är det enda skriftliga mått på hur föräldern mår, och ger underlag för remiss."

FE passar inte alla familjer

Tre team betonade att FE inte passar för samtliga patientfamiljer. Till exempel i de fall då barnet ska utredas för neuropsykiatrisk problematik används andra självskattningsinstrument och då får föräldrarna inte FE. Ett par team framförde åsikten att FE inte passar för föräldrar med kognitiva svårigheter, psykossjukdom, svår depression, tolkbehov, familjer med helt nyfödda barn eller när familjen är drabbad av en kris. En kommentar var också att "Alliansen är viktigast och då passar det ibland inte med att lämna ut enkäter".

Kommentarer kring de olika instrumenten

Fyra av de sex teamen har givit kommentarer kring de olika instrumenten. När det gäller instrumentet PSI som mäter olika former av föräldrastress framfördes åsikterna "Fångar inte om barnet är deprimerat", ej heller "om barnet är utsatt för omsorgssvikt." Det framfördes också en åsikt om att PSI är ett instrument som borde valideras för en svensk population.

Två av teamen tyckte att det var viktigare och rimligare att använda det mer omfattande bondinginstrumentet The Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) (Brockington, 2001) än Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS) (Taylor, 2005), eftersom patienterna är en klinisk grupp av föräldrar med förväntade känslomässiga svårigheter gentemot sitt barn. Åsikten var att MIBS passar bättre på primärvårdsnivå.

Två team uttryckte osäkerhet kring hur de skulle hantera och ge feedback på instrumentet RQ som mäter anknytningsstil hos föräldern. Vidare framfördes åsikten att konstruktionen av instrumentet RQ krävde att föräldrarna har en god reflektionsförmåga.

Två team kommenterade att instrumentet DASS är bra och att det ibland är överraskande att "en förälder där uppger att den mår sämre än vad det var möjligt att uppfatta från samtalet".

Bristande feedback till föräldrarna

Majoriteten av teamen rapporterar att de ännu inte hittat en rutin för att diskutera svaren på FE med respektive föräldrar och att svaren därigenom inte blev en del av behandlingsplaneringen. Samtidigt menar ett team att det är "oetiskt att inte ge tillbaka när föräldrarna har lagt ner en bra stund på att svara". Ett av teamen hade också en diskussion kring vilken information om föräldrarna som får stå i barnet journal.

Majoriteten av teamen uppgav att de inte dokumenterade svaren från FE i barnets journal. De få som dokumenterat hade gjort det som en administrativ anteckning.

4.2 Den senare delen av implementeringsåret

Rutiner att lämna ut FE

Efter ca sexmånaders implementering fick samtliga eller nästan samtliga familjer FE i fyra av de sex teamen. I ett av teamen skickas den automatiskt ut så fort familjen varit på ett bedömningsbesök och tackat ja till behandling. Övriga två team uppgav att de blivit bättre, eller lite bättre, på att komma ihåg att lämna ut FE. Teamen är fortsatt positiva till att använda FE: "Kan bli en bra diskussion med föräldrarna, hittar snabbare rätt tema i behandlingen", "Genom de olika frågorna så förstår föräldrarna att vi tycker att alla dessa områden är viktiga", "Vi behöver fungerande rutiner så vi inte glömmer att dela ut!!".

Kommentarer kring de olika instrumenten

Teamen hade nu använt instrumenten under en längre tid och hade därför mer erfarenheter. De instrument som oftast kommenteras är PSI, MIBS och RQ. Flera av teamen kommenterar också att de skulle önska ett bättre instrument för de yngsta barnen. Det framfördes kommentarer om att instrumentet som mäter föräldrastress har höga cut-off poäng och att det inte tillfredställande detekterar omsorgssvikt. Instrumentet som mäter anknytningsstil kommenterades av några mottagningar: "Vi behandlar kanske RQ styvmoderligt – men anknytningsinstrumentet ger oss en orientering kring hur föräldern har det med nära relationer."

FE och Blåappen

Barnpsykiatri i Skåne använder som tidigare nämnts ett digitalt verktyg, Blåappen, som innehåller en stor mängd självskattningsinstrument. Fyra team var tydliga med att de önskade ha så många instrument som möjligt i

Blåappen. Ett team var tydliga med att de önskade att frågorna i FE fortsättningsvis skulle ges analogt.

Feedback till föräldrarna

Tre av teamen beskriver att de alltid sammanfattar svaren på FE och ger det som en feedback till föräldrarna. Övriga team kommenterar att det tar tid att administrera FE, eller att de glömmer att fråga efter FE som har blivit automatiskt hemskickad.

Dokumentation av svaren på FE

Tre av teamen beskriver att de alltid dokumenterar svaren från FE i journalen, ofta som en "administrativ anteckning." Övriga team dokumenterar ibland, både som löpande text under "bedömning" och som "administrativ anteckning".

4.3 Behandlarnas syn på implementeringen av FE

Samtliga 23 behandlare har svarat på de 13 enkätfrågorna som skickades ut i slutet av implementeringsåret, dock har inte alla svarat på samtliga frågor.

Hur har implementeringen av FE fungerat?

I projektets inledning var det endast ett av sex team som regelmässigt delade ut FE till familjerna. När implementeringen pågick i cirka sju månader uppgav drygt hälften (57 %) av behandlarna att samtliga eller nästan samtliga familjer som påbörjat behandling på respektive mottagning fått FE. Således en stor skillnad. 30 % av behandlarna uppgav att de hade delat ut FE till hälften av sina patientfamiljer och 13 % av behandlarna beskrev att endast en liten andel av deras familjer fått FE.

En stor majoritet av behandlarna (78 %) beskrev att de regelbundna träffarna en gång i månaden under implementeringsåret på ett bra och konstruktivt vis hade bidragit till att föra implementeringsprocessen framåt. Både genom att vara en påminnelse och genom att ge förslag till nya rutiner. Samtliga behandlare svarade samtidigt att de avsåg att fortsätta att använda FE som en viktig del i upprättandet av en behandlingsplan tillsammans med familjer.

De huvudsakliga orsakerna till att familjerna inte fått FE vid behandlingens inledning var att behandlarna helt enkelt glömt att dela ut enkäten (26 %), alternativt att familjen hade otillräckliga kunskaper i svenska språket (30 %) eller att det visade sig inte vara ett behandlingsärende inom små- och

spädbarnspsykiatri (26 %). För ett fåtal familjer (9 %) handlade det om att behandlaren gjort bedömningen att någon av föräldrarna mådde för psykiskt dåligt för att orka svara på skriftliga frågor. Ett team svarade att de gjorde ett stort antal utredningar och att inom ramen för dem ingick andra självskattningsinstrument, och att det då var rimligt att inte också dela ut FE.

Vilken nytta gav svaren från FE vid behandlingsplaneringen?

En viktig information för projektet var i vilken utsträckning behandlarna bedömde att de svar som föräldrarna gav på självskattningsinstrumenten var relevanta vid behandlingsplaneringen. Här uppgav en dryg tredjedel av behandlarna att svaren på föräldraenkäten hade varit till stor nytta då de tillsammans med familjerna gjorde upp en behandlingsplanering och 65 % svarade att de hade en viss nytta av svaren från självskattningsinstrumenten.

Vilka instrument gav värdefull information?

I Tabell 1 redovisas vad behandlarna ansåg om de enskilda instrumenten. Sammanfattningsvis framgår det att frågorna om riskfaktorer i familjen och föräldrastress har varit viktiga för behandlingsplaneringen, medan bondinginstrumentet MIBS och RQ instrumentet som mäter föräldrarnas anknytningsstil har tillmätts mindre betydelse.

Tabell 1. Medarbetarnas bedömning av de olika instrumenten

	Ganska lite/Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
Frågor om riskfaktorer i familjen (fysisk/psykisk ohälsa/missbruk) (N=23)	-	17	6
Våld i nära relationer (N=23)	5	13	5
Frågor om barnets mående och fungerande i åldern 0–8 månader (n=23)	7	11	5
BCFPI 8–17 månader (utan ADHD-frågor) (N=23)	7	10	3
BCFPI 17–24 månader (med ADHD-frågor) (N=23)	8	12	2
Styrkor och svårigheter (SDQ) (N=23)	4	11	6
Förälderns känslomässiga band till barnet – bonding (MIBS) (N=23)	15	4	3
Föräldrastress (PSI kortversionen)	2	12	9
Depression/ångest/stress (DASS-21) (N=23)	2	14	7
Förälderns anknytningsstil (Relationship Q) (N=23)	15	6	2
Förälderns känslomässiga band till barnet – bonding (PBQ) (N=13) <i>OBS! Dessa siffror gäller endast Lund och Trelleborg²</i>	1	9	3

² Under implementeringsåret bestämde teamen i Trelleborg och Lund sig för att sluta använda MIBS och i stället övergå till att använda PBQ.

I vilken utsträckning fick föräldrarna feedback på sina svar i FE?

När respektive förälder fyllt i självskattningsinstrumenten och lämnat tillbaka dem till sin behandlare läses svaren igenom och jämförs med normeringsdata. Därefter bör en återkoppling ske som ger möjlighet för en fördjupad diskussion mellan förälder och behandlare kring hur familjen mår och hur behandlingen ska läggas upp. En stor majoritet (91 %) av behandlarna uppgav att de hade gett denna muntliga återkoppling i samband med upprättandet av behandlingsplanen, och det var bara två behandlare som uppgav att de inte givit feedback till föräldrarna.

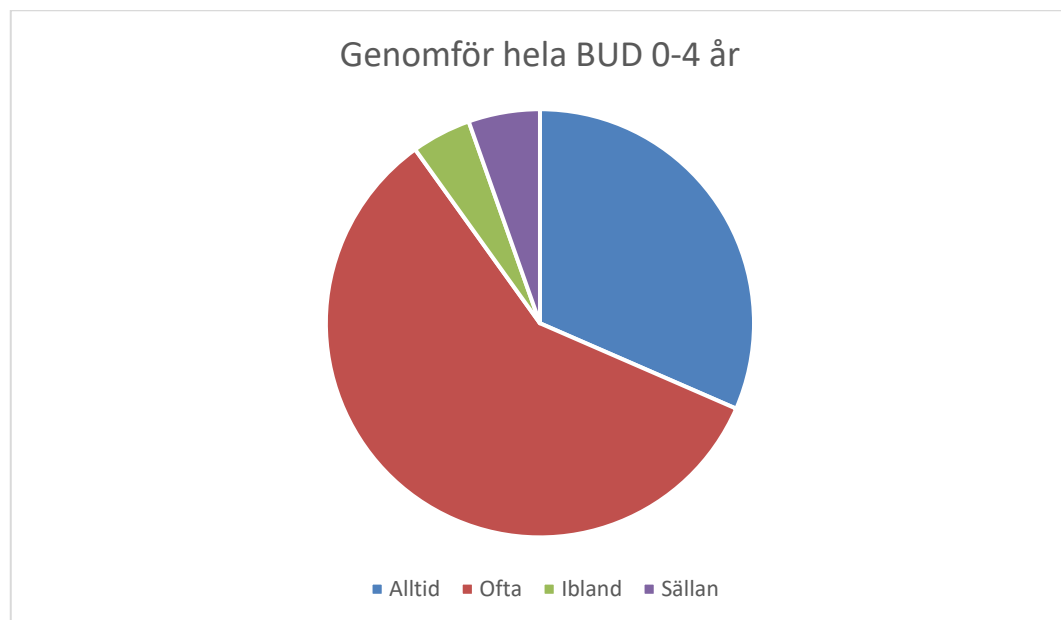
Hur dokumenterades svaren från FE?

Drygt hälften av behandlarna (57 %) uppgav att de hade dokumenterat svaren från FE i barnets journal. Dokumentationen var antingen i form av en "administrativ anteckning" eller som fritext under rubriken bedömning.

Hur ofta genomför behandlarna hela BUP 0–4 år?

På frågan i vilken utsträckning som behandlaren gör de övriga delarna av BUD 0–4 år, det vill säga föräldrantervjuer och samspelsobservationer, svarade en majoritet att de oftast gör hela BUD 0–4 år (Figur 1).

Figur 1. I vilken utsträckning genomförs de övriga delarna som ingår i BUD 0–4 år?



5. Diskussion

Syftet med studien var att ge implementeringsstöd till de sex olika spädbarn- och småbarnsteamerna inom Bup i Region Skåne så att de i sitt inledande behandlingsarbete frekvent skulle börja använda den föräldraenkät som är en del av BUD 0–4 år. Ytterligare syften var att utvärdera implementeringen och att belysa användbarheten av de enskilda instrumenten i enkäten. Avsikten med föräldraenkäten, som består av nio självskattningsinstrument, är att den på ett smidigt sätt ska ge adekvat information till behandlarna vid upprättandet av en behandlingsplan för familjen.

Vid studiens inledning uppgav samtliga team att de var positiva till FE men att de saknade fungerande rutiner för att tillfredställande frekvent använda enkäten. Implementeringsmötena, mellan sex och åtta i varje team, upplevdes som konstruktiva av en stor majoritet av behandlarna (78 %). De fokuserade på att ringa in och att hitta lösningar på de bristande rutiner som ledde till det inledningsvis låga användandet av EF.

I slutet av implementeringsperioden uppgav över hälften av teamen och 57% av behandlarna att de använde FE i samtliga eller nästan samtliga familjer. Det bör betraktas som ett tillfredställande resultat då implementering av nya arbetsmetoder ofta är en process som sträcker sig över flera år (Socialstyrelsen, 2019). Viktigt är dock att notera att det bara var en dryg tredjedel av medarbetarna som uppgav att de hade haft stor nytta av FE för behandlingsplaneringen, medan 65 % uppgav att de hade haft en viss nytta. Detta ska sannolikt ses i ljuset av att tolkningen av enkätsvaren kräver vana och klinisk erfarenhet och att övrig information som inhämtas genom BUD 0–4 år, såsom observationer av barnet och av samspelsmönster, också är viktiga delar inför upprättandet av en vårdplan för barnet.

Resultatet visar att användandet av FE har ökat väsentligt under implementeringsåret, och sannolikt har de regelbundna gruppträffarna med praktiskt stöd och möjligheter till reflektion bidragit till detta. Detta är också faktorer som folkhälsomyndigheten tar upp som angelägna vid införandet av nya metoder (Folkhälsomyndigheten, 2017).

På möten som hållits med kontaktpersonerna för BUD 0–4 år har det framförts att den sammantagna mängden skattningsinstrument upplevts som för omfattande. En revidering av mängden instrument kan därför vara ytterligare ett sätt att öka användningen av FE.

Rent generellt är det svårt att hitta instrument som ringar in de yngsta barnens symtom. Barnfrågorna 0–8 månader är konstruerade av en av

författarna och det är givetvis önskvärt att i stället använda ett validerat instrument. Det amerikanska instrumentet Ages and Stages ASQ (Squires m.fl., 2002) har diskuterats som ett alternativ för barn i åldern 3–8 månader och det har nu på försök börjat användas på flertalet späd- och småbarnsmottagningar i Skåne.

BCFPI för barn i åldern 8–17 månader är validerat för en kanadensisk population som alla har svarat online och det saknas information om instrumentets sensitivitet och specificitet (Niccols m.fl. 2018). Dessa svagheter bör tas med i den fortsatta diskussionen kring användbara instrument för de yngsta barnen. En tidigare studie har också påvisat att BCFPI för barn i ålder 5–17 år är otillräckligt för att tillfredställande identifiera symtom av depressivitet och ångest hos barnen (Boyle, 2009). Denna brist bör beaktas och undersökas om det eventuellt gäller även för BCFPI för yngre barn.

Frågan inställer sig om i vilken utsträckning föräldraskattningar ger en rättvisande bild av barns beteenden. Tidigare betraktades föräldrarapporter med skepsis och ansågs som svårvärderade. Flertalet studier under de senaste decennierna har dock visat att föräldraskattningar är tillfredställande tillförlitliga och att de detekterat verkliga problem hos barnet (Glascoe, 1999; Doove m.fl., 2019; Rydz m.fl., 2005; Theunissen m.fl., 2015). Den kliniska erfarenheten på spädmottagningarna är att föräldrar med stora problem i föräldraskapet tenderar att skatta såväl egna som barnets bekymmer lågt. I såväl BUD 0–4 år som BUD 4–17 år så poängteras vikten av att göra en sammantagen bedömning som vilar på flera olika typer av information. I BUD 0–4 år kompletteras föräldraskattningar av såväl föräldrantervjuer som observationer av barn och samspel mellan barn och förälder.

Instrumentet som mäter föräldrarnas anknytningsstil, RQ, (Bartholomew & Shaver, 1998) har inte uppfattats vara så användbart vid behandlingsplaneringen. Dock har en tidigare studie av Tedgård (2023) visat på behandlingssvårigheterna i de familjer där modern uppgivit att hon hade en otrygg anknytningsstil, varför anknytningsstil/relationserfarenhet tycks vara en viktig faktor att ta hänsyn till i behandlingsarbetet.

Bondinginstrumentet MIBS (Taylor, 2005) ansågs bitvis vara mindre relevant vid planeringen av behandlingen, då det uppfattades som för allmänt och ospecifikt och bättre skulle kunna passa som screening-instrument i primärvården. Detta ledde till att två av teamen under pågående implementering började använda det mer detaljerade bondinginstrumentet PBQ (Brockington, 2001). Instrumentet DASS

(Brown, 1997) mäter föräldrarnas symtom på stress, depression och ångest. Instrumentet har bedömts som relevant i BUD 0–4 år eftersom information om föräldrarnas psykiska mående är central i planeringen av behandlingen, där föräldrarna i hög grad medverkar. I diskussioner med medarbetare har frågan väckts kring om instrumentet alltid ska användas, då det kan uppfattas som integritetskränkande, eller om det bör ges på indikation. Samtidigt visar resultaten att föräldrarnas skattningar av eget mående ibland ger en annan och allvarigare bild än den som behandlaren fått genom sin intervju av föräldern. Detta tyder på att det sannolikt är angeläget att be alla föräldrar att fylla i instrumentet.

Även frågan om hur resultaten ska dokumenteras har tagits upp på gruppträffarna. Socialstyrelsen har tidigare gett instruktioner till spädbarns- och småbarnspsykiatrien att barnets "omsorgsmiljö" måste beskrivas i journalen, men frågan kring hur den bäst kan dokumenteras behöver tydliggöras. I den triageringsintervju, Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) (Cunningham, 2009), som görs med föräldrar via telefon när äldre barn söker vård inom Bup, ställs frågor kring depressiva symtom hos föräldern. Den dokumentation som görs av BCFPI borde således kunna ge vägledning i frågan.

Drygt 25 % av behandlarna uppgav att det var svårt att komma ihåg FE vid anamnesupptagning och samspelsbedömning. Bristen på administrativt stöd är således en tydligt hindrande faktor för implementeringen av FE, vilket lyfter fram vikten av att utforma ett sådant till mottagningarna så att FE blir en självklar del av BUD 0–4 år. Användandet skulle troligen öka om distribuering och sammanställning kunde ske digitalt via Blåappen så som för BUD 4–17, även om enskilda behandlare föredrog de analogt distribuerade FE.

I studien framgår även att svaren i FE inte alltid återkopplades av behandlarna till föräldrarna. Det pekar på ett behov av att, utöver att etablera administrativa rutiner, också ge stöd i hur man kan formulera konstruktiv återkoppling av enkätsvaren så att de både kan vara en grund för en vårdplan och utgöra en terapeutisk intervention.

Det är lättare att implementera nya metoder om de har tydliga fördelar tillsammans med rådande metoder (Folkhälsomyndigheten, 2017). Alla bedömningar av de yngsta barnen behöver, som beskrivits i bakgrunden, innefatta observationer av såväl barnet som av samspelet samt föräldrantervjuer. FE är således endast en avgränsad del av BUD 0–4 år. På möten med kontaktpersoner för olika SVP inom Bup Skåne har det framkommit att SVP upplevts som ett bra stöd för framför allt nyanställda inom Bup. Då flera av teamen i studien har bestått av erfarna kliniker som

arbetat i många år med barnpsykiatrisk behandling av de yngsta barnen är det rimligt att tänka sig att FE inte upplevdes som tydligt fördelaktig jämfört med det arbetssätt de erfarna klinikerna redan etablerat. En del team arbetar både med utredning av autism och behandling. För de medarbetare som främst arbetar med utredning av autism är det rimligt att anta att FE upplevdes som mindre relevant eftersom den syftar till att ringa in en bredare problematik. Vidare har det framgått att det hos vissa medarbetare saknas motivation att använda sig av FE i *alla* ärenden. I vissa fall har FE uppfattats som störande i det viktiga alliansskapet med föräldern i inledningen av kontakten, vilket gör bristen på motivation begriplig. Fortsatt utvärdering för att öka kunskapen kring i vilka familjer man bör avvakta med eller utesluta FE är därför angelägen.

Dåvarande ledning för psykiatrin beslutade 2017 om införandet av SVP inom Bup och däribland en SVP för barn 0–4 år. Arbetet med de yngsta barnen skiljer sig dock på flera sätt åt i jämförelse med arbetet med de äldre barnen. Exempelvis krävs observationer av såväl barn som av föräldra-barn interaktionen, och många av ärendena faller inom ramen för vad man kallar komplexa ärenden. I senare utvärderingar (Waldo & Nilsson, 2023) har det framgått att såväl ledning som medarbetare upplever att SVP generellt är mindre användbart i komplexa ärenden. Implementeringen av BUD 0–4 år och FE hade sannolikt underlättats om medarbetarna på teamen för späda och små barn varit delaktiga redan i själva beslutsprocessen av införandet av SVP och då själva fått medverka till att formulera vilka behov en SVP för åldersgruppen skulle fylla och hur den skulle kunna passa organisationen (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Steg II i BUD 0–4 utgörs av en bedömning i enlighet med DC 0-5:11, ett klassificeringssystem som vilar på fem axlar. När projektet genomfördes fanns ingen svensk översättning utan den kom först i slutet av 2022. Att en svensk översättning nu finns att tillgå borde underlätta det fortsatta implementeringsarbetet av BUD 0–4 år.

Även om det finns praktiska hinder och relevanta invändningar mot BUD 0–4 år fyller den en viktig funktion för att säkerställa en likvärdig bedömning av behandlingsbehov för de yngsta barnen, i synnerhet då triageringen av de yngsta barnen till stor del sker vid bedömningsbesöket och inte via rådgivningstelefonen En väg in (EVI), såsom för barn över fyra år. Att tydliggöra för medarbetarna att användandet av FE ökar möjligheterna till en likvärdig bedömning skulle kunna bidra till att FE upplevs som mer relevant och används ännu mer. BUD 0–4 är ett viktigt led i att introducera nya medarbetare i det kliniska bedömningsarbetet av de yngsta barnen. Fortsatt implementeringsstöd och pågående diskussioner om revidering av FE och BUD 0–4 år bedöms därför av författarna som ett fortsatt viktigt utvecklingsarbete för Bup Skåne.

5.1 Metodöverväganden

En brist i studien var att de enskilda behandlarna inte gavs någon möjlighet att vara med i planeringen eller i besluten kring framtagandet av FE. De fick i stället informationen av projektledarna att de skulle använda FE när den redan var färdigställd. Det var oklart om behandlarna innan projektet överhuvudtaget hade ett behov av att ändra sina arbetsrutiner. Trots detta framkommer det tydligt i studien att behandlarna är positiva till FE och att de avser att fortsätta att använda den även efter projektets avslutning. En ytterligare möjlig brist var att implementeringsstödet skedde i öppna digitala möten med en person till vilken de hade en kollegial koppling, och som också hade utformat FE. Möjligen kände sig behandlarna inte helt fria att beskriva den faktiska situationen så som de hade gjort om de varit anonyma.

6. Slutsatser

Implementeringsstöd genom gruppträffar på respektive mottagning ledde till en tydlig ökning av användandet av FE, som är en del av BUD 0–4 år. Resultatet visar att stödet möjliggjorde såväl diskussioner kring praktiska rutiner som reflektioner över de enskilda instrumentens användbarhet och synliggjorde vikten av fortsatt stöd och gav värdefullt underlag för revidering av FE och BUD 0–4 år som en del av ett pågående utvecklingsarbete på BUP.

Referenser

Aarons, G. A., Green, A. E., & Miller, E. (2012). Researching readiness for implementation of evidence-based practice: A comprehensive review of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). In B. Kelly & D. F. Perkins (Eds.), *Handbook of implementation science for psychology in education*. (pp. 150-164). Cambridge University Press.

Abidin, R. R. (1997). Parenting Stress Index: A measure of the parent-child system. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources*. (pp. 277-291). Lanham, MD: Scarecrow Education.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Annerbäck, E. M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G., & Gustafsson, P. A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden—Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 36(7-8), 585-595.

Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. (pp. 25-45). The Guilford Press.

Berg Brodén, M. (1989). *Mor och barn i ingenmansland : intervention under spädbarnsperioden*. Almqvist & Wiksell.

Bernstad, K. (2022). *Psykisk ohälsa hos späda och små barn: Upptäcka och hjälpa*. Gothia Kompetens.

Boyle M. H., Cunningham CE, Georgiades K. (2009). The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 2. Usefulness in screening for child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(4):424–31.

Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., Loh, C., & Murdoch, C. (2001) A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3(4), 133-140.

Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 79-89.

Cunningham, C. E., Boyle, M. H., Hong, S., Pettingill, P., & Bohaychuk, D. (2009). The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 1. Rationale, development, and description of a computerized children's mental health intake and outcome assessment tool. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 416-423.

- Doove, B., Feron, J., Feron, F., van Os, J., & Drukker, M. (2019). Validation of short instruments assessing parental and caregivers' perceptions on child health and development for personalized prevention, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(3) 608–630.
- Dalman, C. (2021). Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga : begrepp, mätmetoder och förekomst: en kunskapsöversikt. Forte - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.
- Danielsdottir, S. & Ingudottir, J.(2022) . The first 1000 days in the Nordic Countries: Policy Recommendations. The Nordic Council of Ministers. Nord 2022:00 (norden.org).
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0
- Folkhälsomyndigheten (2017). Från nyhet till vardagsnytta. – om implementeringens mödosamma konst. En rapport om implementering av metoder inom folkhälsoområdet, version 2.0.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se>
- Furmark, C. & Neander, K. (2018). Späd och småbarnsverksamheter/team i Sverige -en kartläggning. Nka Barn som anhöriga 2018:2. Nationellt kompetenscenter för anhöriga.
- Furniss, T., Beyer, T., & Guggenmos, J. (2006). Prevalence of behavioural and emotional problems among six-years-old preschool children: Baseline results of a prospective longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 41(5), 394-399.
- Glascoe, F. The value of parents' concerns to detect and address developmental and behavioural problems *J Paediatr Child Health*, 35, 1-8.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38(5), 581-586.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- Hansson, K., Johansson, B. A., Andersson, C., Rastam, M., & Eberhard, S. (2018). Issues in Child and Adolescent Inpatient Assessment and Evaluation After Discharge: Protocol for App Development and a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*, 7(11), e10121.

- Hsieh, H., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- ICD-10, the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research (Geneva: World Health Organization, 1993).
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L.-A., Worster, A., . . . Webb, M. (2006). Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings: A Randomized Trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 296(5), 530-536.
- Makol BA, Youngstrom EA, Racz SJ, (2020). Integrating multiple informants' reports: how conceptual and measurement models may address long-standing problems in clinical decision-making. *Clin Psychol Sci.*;8(6):953-70.
- Martinussen, M. & Kurki, M. (Eds.) (2021). *The First 1000 Days in the Nordic Countries. Psychosocial Interventions and Psychological Tests: A Review of the Evidence.* Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 462-480.
- Niccols, A., Cunningham, C., Pettingill, P., Bohaychuk, D., & Duku, E. (2018). Infant mental health: The Brief Child and Family Intake and Outcomes System. *International Journal of Behavioral Development*, 42(6), 588-596.
- Rydz, D., Shevell, M.I., Majnemer, A., Oskoui, M. (2005), Developmental screening. *J Child Neurol*, 20 4-21.
- Skovgaard, A.M (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Danish Medical Bulletin*, 57, B4193.
- Socialstyrelsen (4 maj 2019). Om implementering av evidensbaserad praktik.<https://www.socialstyrelsen.se>
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional (ASQ:SE) [Database record].
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: Links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), 45-51.
- Tedgård, E. (2008). Psykoterapeutiskt behandlingsarbete i späd och små barnfamiljer-. en utvärdering. Evaluation Report. *Child and Adolescent Psychiatry. Viktoriagården. Malmö.*

Tedgård, E., Råstam, M., & Wirtberg, I. (2018). Struggling with one's own parenting after an upbringing with substance abusing parents. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1). doi: 10.1080/17482631.2018.1435100

Tedgård, E. (2023). Familjebehandling inom spädbarnspsykiatri uppföljning Malmö Lund. FoUU-enheten Psykiatri Habilitering och Hjälpmedel. FoU Rapport 1/2023.

Theunissen, M. H. C., Vogels, A. G., de Wolff, M. S., Crone, M. R., & Reijneveld, S. A. (2015). Comparing three short questionnaires to detect psychosocial problems among 3 to 4-year olds. *BMC Pediatrics*, 15, Article 84.

Waldo, Å., & Nilsson, A. (2023). Standardiserade vårdprocesser (SVP) inom Bup 2023. Utvärdering av implementering ur behandlares och chefers perspektiv. FoUU-enheten, FoU PM 5/2023.

Waldo, Å., & Thorsted, S. (2021) Implementeringen av standardiserade vårdprocesser ur medarbetarperspektiv. FoU-PM 6/2021, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel, Region Skåne.

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695-705.

Zero to Three. (2016). DC:0-5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood- Washington, DC: Author.

Zero to Three (2022). DC:0-5. Diagnostisk klassificering av psykisk hälsa och utvecklingsavvikelser under spädbarnsåldern och tidig barndom. Gyldendal Norsk Forlag.

Bilagor

Bilaga 1 Frågor kring vårt implementeringsprojekt av föräldraenkäterna

1. Vilket team arbetar du i?
2. Till hur stor andel av familjerna har du delat ut föräldraenkäterna?
3. Vad är skälet/skälerna till att vissa familjer inte fått föräldraenkäten?
4. Till vilken nytta har enkätsvaren varit vid behandlingsplaneringen med familjerna?
5. Hur användbara var följande instrument för behandlingsplaneringen med familjerna?

	Inte alls	Ganska lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
Frågor om riskfaktorer i familjen (fysisk/ psykisk ohälsa/missbruk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våld i nära relationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frågor om barnets mående och fungerande i åldern 0–8 månader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCFPI 8–17 månader (utan ADHD-frågor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inte alls	Ganska lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
BCFPI 17–24 månader (med ADHD-frågor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Styrkor och svårigheter (SDQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Förälderns känslomässiga band till barnet – bonding (9 adjektiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inte alls	Ganska lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
Förälderns känslomässiga band till barnet – bonding (24 frågor) Gäller Lund och Trelleborg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrastress (PSI kortversionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/ångest/stress (DASS-21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förälderns anknytningsstil (Relationship Q)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Har du gett återkoppling till föräldrarna på deras enkätsvar?

8. Har du dokumenterat enkätsvaren? I journalen eller på annat sätt.

9. Har samtalen med Eva bidragit till nya rutiner för implementering?

Om ja, hur?

10. Kommer du att använda föräldraenkäterna fortsättningsvis?

11. I hur stor utsträckning gör du de övriga delarna som ingår i BUP 0–4 år, dvs. föräldrantervjuer och observationer?

12. Vilken typ av stöd skulle du behöva för att genomföra BUD 0–4 år i sin helhet som rutin i varje ärende?

13. Övriga synpunkter

Stort tack för dina svar!

Tidigare publikationer

Rapport 3/2023 <i>Kroppsuppfattning hos unga med åstörning</i> 978-91-987657-9-3
Rapport 2/2023 <i>Psykoedukation för patienter med personlighetssyndrom</i> ISBN 978-91-987657-7-9
Rapport 1/2023 <i>Familjebehandling inom späd- och småbarnspsykiatri</i> . ISBN 978-91-987657-6-2
Rapport 4/2022 <i>Heldygnsvård vid substansbrukssyndrom</i> . ISBN 978-91-987657-5-5
Rapport 3/2022 <i>Kvalitetssäkring av personcentrerad vård (PCV)</i> . ISBN 978-91-987657-4-8
Rapport 2/2022 <i>Kvalitetsmått vid journalgranskning</i> . ISBN 978-91-987657-3-1
Rapport 1/2022 <i>Behandlingsstudie för dataspelsberoende i BUP</i> . ISBN 978-91-987656-0-1
Rapport 7/2021 <i>Minoritetsstress hos vuxna teckenspråkiga döva</i> . ISBN 978-91-986060-7-2
Rapport 6/2021 <i>Interventioner vid dyskalkuli</i> . ISBN 978-91-986060-4-1
Rapport 5/2021 <i>Personer med hemmasittarproblematik och autism</i> . ISBN 978-91-986060-5-8
Rapport 4/2021 <i>Good Psychiatric Management</i> . ISBN 978-91-986060-3-4
Rapport 3/2021 <i>Träning av ögonrörelser för förbättrad läsfunktion</i> . ISBN 978-91-986060-2-7
Rapport 2/2021 <i>Internetbaserad KBT för ungdomar med sömnsvårigheter</i> . ISBN 978-91-986060-1-0
Rapport 1/2021 <i>Exponeringsbaserad KBT för barn och unga med OCD</i> . ISBN 978-91-7261-340-9
Rapport 10/2020 <i>Unga vuxna med förvärd hjärnskada i barndomen</i> . ISBN 978-91-7261-339-3
Rapport 9/2020 <i>Huvudprocesser inom vuxenhabiliteringen</i> . ISBN 978-91-7261-337-9
Rapport 8/2020 <i>Mobila RIK i Skåne</i> . ISBN 978-91-7261-335-5
Rapport 7/2020 <i>AKK inom sjukvården</i> . ISBN 978-91-7261-334-8
Rapport 6/2020 <i>En forskningsöversikt om icke-manuella signaler i teckenspråkstolkning</i> . ISBN 978-91-7261-333-1
Rapport 5/2020 <i>Kartläggningmaterial inom orientering och förflyttning</i> . ISBN 978-91-7261-338-6
Rapport 4/2020 <i>Stöd till personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-332-4
Rapport 3/2020 <i>Samtalsmaterialet "Det här är jag!"</i> ISBN 978-91-7261-331-7
Rapport 2/2020 <i>Teckenspråkstolkens påverkan vid behandlingssamtal</i> . ISBN 978-91-7261-330-0
Rapport 1/2020 <i>Audionomledd kognitiv intervention vid tinnitus</i> . ISBN 978-91-7261-329-4
Rapport 7/2019 <i>Habilitering och rehabilitering på distans</i> . ISBN 978-91-7261-328-7
Rapport 6/2019 <i>Audionomledda metoder inom tinnitusrehabilitering</i> . ISBN 978-91-7261-327-0
Rapport 5/2019 <i>Patienters delaktighet i målformulering</i> . ISBN 978-91-7261-326-3
Rapport 4/2019 <i>Mentaliseringsträning vid autism</i> . ISBN 978-91-7261-325-6
Rapport 3/2019 <i>ALP-instrumentet som stöd för metoden "Köra för att lära"</i> . ISBN 978-91-7261-324-9
Rapport 2/2019 <i>Delaktighet och digitalisering av habiliteringens arbetsätt</i> . ISBN 978-91-7261-323-2
Rapport 1/2019 <i>Skånska stegen II</i> . ISBN 978-91-7261-322-5
Rapport 8/2018 <i>Basal kroppskännedom vid autism</i> . ISBN 978-91-7261-321-8
Rapport 7/2018 <i>Mötet med habiliteringen</i> . ISBN 978-91-7261-320-1
Rapport 6/2018 <i>Grafisk AKK för barn</i> . ISBN 978-91-7261-319-5
Rapport 5/2018 <i>Kulturell kompetens i habiliteringsarbetet</i> . ISBN 978-91-7261-318-8
Rapport 4/2018 <i>Barns delaktighet i sin habiliteringsplanering</i> . ISBN 978-91-7261-317-1
Rapport 3/2018 <i>Kvalitetssäkring genom utvärdering</i> . ISBN 978-91-7261-316-4
Rapport 2/2018 <i>Bedömning av sömn</i> . ISBN 978-91-7261-315-7
Rapport 1/2018 <i>Självskattning av delaktighet</i> . ISBN 978-91-7261-314-0
Rapport 7/2017 <i>Affektskola för vuxna med funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-313-3
Rapport 6/2017 <i>Motorik och autism</i> . ISBN 978-91-7261-311-9
Rapport 5/2017 <i>Motivation för vuxna med funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-311-9
Rapport 4/2017 <i>Psykosocialt stöd för barn med rörelsenedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-310-2
Rapport 3/2017 <i>Mindfulness och synnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-308-9
Rapport 2/2017 <i>Stöd till anhöriga till vuxna med autism</i> . ISBN 978-91-7261-307-2
Rapport 1/2017 <i>Förskrivning av AKK-hjälpmiddel</i> . ISBN 978-91-7261-306-5
Rapport 8/2016 <i>Konsekvenser av språklig deprivation hos vuxna teckenspråkiga döva</i> . ISBN 978-91-7261-305-8

Rapport 7/2016 *Förekomst av smärta, fatigue och undernäring hos vuxna med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-304-1

Rapport 6/2016 *Strukturerad analys för 24h positionering*. ISBN 978-91-7261-303-4

Rapport 5/2016 *En longitudinell studie över den kognitiva utvecklingen hos personer med CP*. ISBN 978-91-7261-302-7

Rapport 4/2016 *DELAKTIGHET inom Habilitering och Hjälpmedel i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-301-0

Rapport 3/2016 *Hur kan habiliteringarnas informationsmaterial göras mer tillgängligt?* ISBN 978-91-7261-300-3

Rapport 2/2016 *Utvärdering av användandet av surfplattor för personer med afasi*. ISBN 978-91-7261-299-0

Rapport 1/2016 *Utbildning i kommunikation för föräldrar till barn som är blinda och på tidig utvecklingsnivå*. ISBN 978-91-7261-298-3

Rapport 14/2015 *Utvärdering av samtalsgrupp kring autism*. ISBN 978-91-7261-297-6

Rapport 13/2015 *Stödsamtal som re/habiliteringsinsats*. ISBN 978-91-7261-296-9

Rapport 12/2015 *Onödig ohälsa – en gruppinsats för ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande*. ISBN 978-91-7261-295-2

Rapport 11/2015 *En forskningsöversikt över valida bedömningsinstrument att använda vid gånganalys för personer med CP*. ISBN 978-91-7261-294-5

Rapport 10/2015 *Att beröra och beröras*. ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 9/2015 *Visuella scener som AKK – en forskningsöversikt*. ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 8/2015 *Interventioner i bassäng – en kartläggning inom Vuxenhabiliteringen Skåne*. ISBN 978-91-7261-291-4

Rapport 7/2015 *Basal kroppskännedom för personer med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-290-7

Rapport 6/2015 *Interventioner i bassäng*. ISBN 978-91-7261-289-1

Rapport 5/2015 *Föräldrars upplevelse av delaktighet i AKK-processen*. ISBN 978-91-7261-288-4

Rapport 4/2015 *Webbaserad MBSR vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-287-7

Rapport 3/2015 *Föräldrastöd inom Barn-och ungdomshabiliteringen – en utvärdering av FIQ*. ISBN 978-91-7261-286-0

Rapport 2/2015 *Smarta telefoner och surfplattor som hjälpmedel för personer med dövblindhet*. ISBN 978-91-7261-285-3

Rapport 1/2015 *Habiliteringsprocess för vuxna med Cerebral Visual Impairment i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-284-6

Rapport 13/2014 *Akka-platta som hjälpmedel – användning och måluppfyllelse*. ISBN 978-91-7261-282-2

Rapport 12/2014 *Ung vuxen – en habiliteringsinsats för att stödja vuxenblivandet*. ISBN 978-91-7261-281-5

Rapport 11/2014 *Utvärdering av "Kompisprat"*. ISBN 978-91-7261-278-5

Rapport 10/2014 *Mindfulness för vuxna med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-277-8

Rapport 9/2014 *Utvärdering av mentorskurs för personer med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-276-1

Rapport 8/2014 *Dysfagi och cerebral pares - en forskningsöversikt*. ISBN 978-91-7261-275-4

Rapport 7/2014 *Elektrodressen – en studie av mätbara och upplevda effekter av behandlingen*. ISBN 978-91-7261-274-7

Rapport 6/2014 *Hur surfplattan används i vardagen av en grupp barn i behov av grafisk AKK*. ISBN 978-91-7261-273-0

Rapport 5/2014 *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och dess tillämpning på vanligt förekommande besvär för personer som rehabiliteras inom Syn-, hörsel- och dövverksamheten*. ISBN 978-91-7261-272-3

Rapport 4/2014 *Ungdomsgrupp som stöd för transition*. ISBN 978-91-7261-271-6

Rapport 3/2014 *Utvärdering av samtalsgrupp om sex och samlevnad för ungdomar med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-270-9

Rapport 2/2014 *Kurs i Vardagssamtal för personer med Aspergers*. ISBN 978-91-7261-269-3

Rapport 1/2014 *Vara på stan för ungdomar med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-268-6

Rapport 15/2013 *Föräldrars upplevelse av Auditory Verbal Therapy (AVT) som habiliteringsinsats*. ISBN 978-91-7261-266-2

Rapport 14/2013 *Rehabilitering vid lätt till medelsvår förvärvad hjärnskada hos barn och ungdomar*. ISBN 978-91-7261-258-7

Rapport 13/2013 *Social färdighetsträning i grupp för barn och ungdomar med autism*. ISBN 978-91-7261-265-5

Rapport 12/2013 *En utvärdering av mentorsverksamheten för personer med rörelsehinder*. ISBN 978-91-7261-263-1

Rapport 11/2013 *Långvarig smärta hos ungdomar med neuromuskulär sjukdom*. ISBN 978-91-7261-262-4

Rapport 10/2013 *Marte Meo inom Vuxenhabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-261-7.

Rapport 9/2013 *Framåt Marsch - en habiliteringsinsats för att stödja ungdomars vuxenblivande*. ISBN 978-91-7261-258-0

Rapport 8/2013 *KBT-insatser för barn och ungdomar med autism*. ISBN 978-91-7261-256-3

Rapport 7/2013 *Kognitiva funktioner hos vuxna med ryggmärgsbräck*. ISBN 978-91-7261-255-6

Rapport 6/2013 *Behandling med hypnos för personer med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-249-5

Rapport 5/2013 *Kulturellt bekräftande arbete med döva - beskrivningar i litteratur och filmer*. ISBN 978-91-7261-254-9

Rapport 4/2013 *Mentaliseringsförmåga och psykosocial utveckling hos barn med cochleaimplantat*. ISBN 978-91-7261-252-5

Rapport 3/2013 *En forskningsöversikt över intensiv psykodynamisk korttidsterapi*. ISBN 978-91-7261-250-1

Rapport 2/2013 *Upplevelse av kurs för blivande mentorer med autismspektrumtillstånd*. ISBN 978-91-7261-248-8

Rapport 1/2013 *Mindfulness och yoga som stressreduktion för personer med autismspektrumtillstånd*. ISBN 978-91-7261-247-1

Rapport 16/2012 *Styrketräning för barn och ungdomar med CP på GMFCS nivå*. ISBN 978-91-7261-246-4

Rapport 15/2012 *Användningen av datorprogram och enkla datorhjälpmedel utprovade på Datateket*. ISBN 978-91-7261-245-7

Rapport 14/2012 *Dyslexi och lärande - stärkande och försvärande faktorer*. ISBN 978-98-7261-244-0

Rapport 13/2012 *Utvärdering av MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR) vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-243-3

Rapport 12/2012 *Smärta hos individer med hereditär motorisk sensorisk neuropati (HMSN)*. ISBN 978-91-7261-242-6

Rapport 11/2012 *Karusellprojektet*. ISBN 978-91-7261-241-9

Rapport 10/2012 *Unga mentorer – ett utmärkt stöd*. ISBN 978-91-7261-240-2

Rapport 9/2012 *AKKtiv Komlgång i Skåne*. ISBN 978-91-7261-239-6

Rapport 8/2012 *Utveckling av de pedagogiska metoderna för föräldralärande inom Bou i Skåne*. ISBN 978-91-7261-237-2

Rapport 7/2012 *Återträffar efter avslutad Hanenutbildning - ett sätt att kvarhålla de positiva effekterna*. ISBN 978-91-7261-236-5

Rapport 6/2012 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning för skolbarn – SkolbarnsNIT*. ISBN 978-91-7261-235-8

Rapport 5/2012 *Hur upplevs hjälpmedlet bolltäckare av barn och ungdomar och deras närstående?* ISBN 978-91-7261-234-1

Rapport 4/2012 *Verktyg och metoder för att underlätta samtal med barn och ungdomar*. ISBN 978-91-7261-233-4

Rapport 3/2012 *Användning av The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) i samband med förskrivning av datorhjälpmedel*. ISBN 978-91-7261-231-0

Rapport 2/2012 *Rehabiliteringsprocessen i fokus – del 3*. ISBN 978-91-7261-229-7

Rapport 1/2012 *Vibrationsträningens effekter på ungdomar med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-228-0

Rapport 1/2011 *Barnperspektiv på vibrationsträning*. ISBN 978-91-7261-225-9

Rapport 7/2010 *"Alla tror att det är krig..." Om barns och vuxnas förhållande till tv- och datorspel i habilitering*. ISBN 978-91-7261-219-8

Rapport 6/2010 *Strategier för implementering*. ISBN 978-91-7261-211-2

Rapport 5/2010 *Mindfulness vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-210-5

Rapport 4/2010 *Hur upplevs hjälpmedlet Handi av ungdomar med kognitiva funktionsnedsättningar och deras närstående?* ISBN 978-91-7261-206-8

Rapport 3/2010 *"Spegel, spegel i gruppen här - säg mig vem jag är"*. ISBN 978-91-7261-201-3

Rapport 2/2010 *Arbetsminnesträning med RoboMemo efter förvärvad hjärnskada*. ISBN 978-91-7261-200-6

Rapport 1/2010 *Hur ridsjukgymnastik påverkar barns välbefinnande*. ISBN 978-91-7261-197-9

Rapport 8/2009 *Webbenkät – en metodutveckling för att stärka delaktigheten i dövteamets verksamhet*. ISBN 978-91-7261-180-1

Rapport 7/2009 *Spel som lust och träning - om tv- och datorspel för barn och ungdomar i habilitering*. ISBN 978-91-7261-177-1

Rapport 6/2009 *SpeechEasy – ett hjälpmedel för talflyt*. ISBN 978-91-7261-173-3

Rapport 5/2009 <i>Uppföljning av arbetsminnesträning - RoboMemo för barn med autismspektrumstörning.</i> ISBN 978-91-7261-170-2
Rapport 4/2009 <i>Tinnitus Retraining Therapy.</i> ISBN 978-91-7261-169-6
Rapport 3/2009 <i>Jag och mitt föräldraskap - ett samtalsstöd till föräldrar vars barn har funktionsnedsättning.</i> ISBN 978-91-7261-168-9
Rapport 2/2009 <i>Uppföljning av studien RoboMemo - Utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD.</i> ISBN 978-91-7261-166-5
Rapport 1/2009 <i>Kartläggning med kort - ett visuellt samtalsstöd.</i> ISBN 978-91-7261-163-4
Rapport 2/2008 <i>Implementering av kompensatoriska datorprogram i undervisningen.</i> ISBN 978-91-7261-151-1
Rapport 1/2008 <i>CI-terapi - en intensiv målinriktad träningsform för barn med cerebral pares.</i> ISBN 978-91-7261-146-7
Rapport 11/2007 <i>Finns det genvägar till Internet?</i> ISBN 978-91-7261-119-1
Rapport 10/2007 <i>"Jag har en egen vilja och egen talan".</i> ISBN 978-91-7261-118-4
Rapport 9/2007 <i>ReMemo, ett minnesträningsprogram för Vuxenhabiliteringens målgrupp?</i> ISBN 978-91-7261-115-3
Rapport 8/2007 <i>RoboMemo – en utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD.</i> ISBN 978-91-7261-106-1
Rapport 7/2007 <i>Träning av arbetsminnet med RoboMemo.</i> ISBN 978-92-7261-105-7
Rapport 6/2007 <i>Att införa ett salutogent arbetssätt inom Barn- och ungdomshabiliteringen.</i> ISBN 978-91-7261-103-0
Rapport 5/2007 <i>Att vara ung med funktionsnedsättning.</i> ISBN 978-91-7261-092-7
Rapport 4/2007 <i>Tidsbegränsade, intensiva, fokuserade, målinriktade och nätverksbaserade insatser på Barn- och ungdomshabiliteringen i Region Skåne.</i> ISBN 978-91-7261-091-0
Rapport 3/2007 <i>Habilitering af børn i et familiecentreret perspektiv.</i> ISBN 978-91-7261-083-5
Rapport 2/2007 <i>Intensiv målinriktad motorisk träning på hästryggen.</i> ISBN 978-91-7261-078-1
Rapport 1/2007 <i>Ordinerade samtalsapparater - brukares användning och tillfredsställelse.</i> ISBN 91-7261-074-3
Rapport 4/2006 <i>Det sociala livet kring ett bilvrak.</i> ISBN 91-7261-073-7
Rapport 3/2006 <i>Utvidgad bedömning - en metod att förstå ett barns autism.</i> ISBN 91-7261-060-3
Rapport 2/2006 <i>AKK med hjälp av pekador för barn med autism.</i> ISBN 91-7261-055-7
Rapport 1/2006 <i>Hanen föräldrautbildning - en utvärdering.</i> ISBN 01-7261-054-9
Rapport 4/2005 <i>Cirkus - en annorlunda träningsform för barn och ungdomar inom habiliteringen.</i> ISBN 91-7261-051-4
Rapport 3/2005 <i>Hur använder barn med autism pekador som alternativ kommunikation?</i> ISBN 91-7261-044-1
Rapport 2/2005 <i>Habiliteringen i Malmö. Så växte den fram.</i> ISBN 91-7261-042-5
Rapport 1/2005 <i>Hur taktill massage påverkar ungdomar med smärtproblematik.</i> ISBN 91-7261-043-3
Rapport 2/2004 <i>Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning NIT.</i> ISBN 91-7261-039-5
Rapport 1/2004 <i>Från bildterapi till Cor ad Cor inom barn- och ungdomshabiliteringen.</i> ISBN 91-7261-037-9
Rapport 3/2003 <i>Tid till eget ansvar?</i> ISBN 91-7261-036-0
Rapport 2/2003 <i>Farvatten och blindskär i barnhabilitering.</i> ISBN 91-7261-035-2
Rapport 1/2003 <i>Barns upplevelser av delaktighet i sin habilitering.</i> ISBN 91-7261-034-4.
Rapport 2/2002 <i>Döva i Skåne. Från projekt till regionalt resursteam för döva.</i> ISBN 91-7261-030-1
Rapport 1/2002 <i>Föräldrars upplevelse av delaktighet.</i> ISBN 91-7261-000-X