

FoUU-enheten

Psykatri, habilitering och hjälpmedel

FoU-rapport 6/2024

Implementering av intensiv exponeringsbehandling för OCD

**Uppföljning av patientflöde, behandlingsresultat och
patienters och behandlares upplevelse av
behandlingsformatet inom vuxenpsykiatri**

Verksamhetsområde:	Vuxenpsykiatri Malmö Trelleborg Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
Enhet:	Vuxenpsykiatrimottagning Spårvägsgatan Malmö
Projektansvarig chef:	Marie-Louise Selmer, enhetschef Marie-Louise.Selmer@skane.se
Projektets medarbetare:	Vibecke Klüft, överläkare, doktorand Vibecke.Kluft@skane.se Julia Westerdahl, leg psykolog Julia.Westerdahl@skane.se Ellen Rangsjö, leg psykolog Ellen.Rangsjo@skane.se Matti Cervin, specialistpsykolog, docent Matti.Cervin@skane.se
Handledare vid FoUU-enheten:	Åsa Waldo, hälso- och sjukvårdsstrateg, fil dr Asa.Waldo@skane.se
Utgivning:	Oktober 2024
ISBN:	978-91-989047-5-8
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: Klüft, V., Westerdahl, J., Rangsjö, E., Cervin, M. & Waldo, Å. (2024). *Implementering av intensiv exponeringsbehandling för OCD*. FoU-rapport 6/2024, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

Sammanfattning

Under två år har ett intensivt behandlingsformat med terapeutledd exponering för vuxna med tvångssyndrom (OCD) implementerats inom vuxenpsykiatri i Malmö Trelleborg. För att följa upp implementeringen utvärderas patientflöde, behandlingsresultat samt patienters och behandlares upplevelser av behandlingen.

Resultaten visar att behandlingsformatet fungerar väl för specialistpsykiatriens patienter med OCD. Den intensiva exponeringen i grupp har under perioden utvecklats till en effektiv behandlingsinsats med bra patientflöde och goda behandlingsresultat. Trots att behandlingen är krävande för både behandlare och patienter, upplever båda parter formatet som positivt, särskilt delen där terapeuten stödjer exponeringen i patientens vardag.

Upplägget med ett särskilt team för intensiv exponering (TiE) har bidragit till ett kontinuerligt lärande och specialisering bland behandlarna, vilket har lett till högkvalitativ behandling och kortare väntetider för patienter. Detta innebär att patienter som tidigare väntat länge på vård nu kan få snabbare hjälp.

Förväntad nytta för patienten är en tillgänglig och effektiv behandlingsinsats där ett kvalitetssäkrat format tillhandahålls av ett specialistteam.

Förord

Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma hälsa och livskvalitet 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 implementeringen av en behandlingsinsats för vuxna med OCD studerats. Projektet har genomförts av överläkare och doktorand Vibecke Klüft och leg psykologer Julia Westerdahl och Ellen Rangsjö vid Vuxenpsykiatrimottagning Spårvägsgatan Malmö under handledning av specialistpsykolog och docent Matti Cervin vid Barn- och ungdomspsykiatrins forskningsmottagning. Hälsa- och sjukvårdsstrateg fil dr Åsa Waldo har varit handledare från FoUU-enheten. Arbetet har genomförts med stöd från enhetschef Marie-Louise Selmer, områdeschef Anette Ellis och verksamhetschef Hans Brauer.

Vi riktar ett tack till de kollegor som gett värdefulla synpunkter på behandlingsformatet och till de patienter som valt att medverka i forskningsprojektet och som därmed bidrar till att behandlingsinsatsen kan kvalitetssäkras.

Lund oktober 2024

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

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	6
1.1 <i>Intensiv exponeringsbehandling inom psykiatri i Region Skåne</i>	6
2. Syfte	7
3. Metod	7
3.1 <i>Patienter och klinisk kontext</i>	7
3.2 <i>Materialinsamling</i>	9
3.4 <i>Analys</i>	10
3.5 <i>Etiska överväganden</i>	10
4. Resultat	11
4.1 <i>Patientflöde till behandling och forskningsprojekt</i>	11
4.2 <i>Patientkaraktäristika</i>	12
4.3 <i>Behandlingsresultat</i>	13
4.4 <i>Patienternas upplevelse av behandlingen</i>	14
4.5 <i>Behandlarnas syn på behandlingsformatet</i>	17
5. Diskussion	20
6. Slutsatser	23
Referenser	24
Bilagor	26
<i>Bilaga 1. Frågeformulär till patienter efter behandling</i>	26
<i>Bilaga 2. Frågor till behandlare</i>	27
Tidigare publikationer	28

1. Bakgrund

Tvångssyndrom (på engelska: Obsessive-Compulsive Disorder, OCD) är ett psykiatriskt tillstånd som utmärks av tvångstankar och tvångshandlingar, vilka är tidskrävande eller leder till svårigheter att fungera i vardagen (American Psychiatric Association, 2022). Tillståndet debuterar ofta under uppväxten och tenderar att bli kroniskt om inte adekvat behandling erbjuds (Cervin, 2023). OCD drabbar 1–2 procent av den generella populationen, men är betydligt vanligare i psykiatriska kontexter, där upp till 10 procent av alla patienter antas lida av tvångssyndrom (Cervin, 2023; Fawcett et al., 2020). Evidensbaserad behandling för OCD består av kognitiv beteendeterapi (KBT) som innefattar exponering och responsprevention och psykofarmakologisk behandling i form av serotoninåterupptagningshämmare (Cervin et al., 2024; Skapinakis et al., 2016a). De flesta riktlinjer rekommenderar KBT som förstavsbehandling (Socialstyrelsen, 2022).

Trots att OCD är vanligt förekommande inom psykiatriska kontexter identifieras och diagnostiseras enbart ett fåtal av patienterna. Forskning visar att så få som 30 procent identifieras och att ännu färre erbjuds KBT som innehåller exponering och responsprevention (Cervin, 2023). Även för de som erbjuds behandling är det bara cirka 50–60 procent som får en tydlig behandlingsrespons och avhoppet från behandling ligger runt 20 procent (Ong et al., 2016; Skapinakis et al., 2016b). Forskning visar att mer intensiva former av KBT kan uppnå lika bra eller bättre behandlingsrespons som traditionell KBT (som ofta ges i form av veckovisa sessioner under 12-15 veckor) samt potentiellt minska avhopp (Kvale et al., 2018). En metod som kallas terapeutledd exponering, där patienten utför exponering med responsprevention tillsammans med en behandlare har också visat sig vara en viktig komponent i framgångsrik KBT (Franklin et al., 2013). Även här har intensiva KBT-format en fördel eftersom sessionerna vanligtvis är längre och därför erbjuder möjligheter för patient och behandlare att tillsammans utföra exponering.

1.1 Intensiv exponeringsbehandling inom psykiatri i Region Skåne

Ett behandlingsformat som bygger på KBT i grupp med terapeutledd exponering har använts vid Barn- och ungdomspsykiatri (Bup) i Lund sedan 2019. En tidig utvärdering visade att behandlingen var effektiv för barn och ungdomar med OCD (Cervin & Waldo, 2021). Efter behandlingen hade sex av tio deltagare så få symtom att diagnosen inte längre var aktuell och åtta av tio upplevde en tydlig förbättring i symtom. Resultaten visade även att ungdomarna ansåg sig ha haft nytta av insatsen och att de

fått strategier och redskap för att kunna hantera sina tvång. Framför allt uppskattade de exponeringsarbetet tillsammans med behandlare.

I ett samarbete mellan Bup Lund och Vuxenpsykiatri (Vup) i Malmö prövades samma behandlingsformat för vuxna patienter med OCD. En pilotstudie inom öppenvården där nio patienter ingick visade att behandlingen fungerade väl även för vuxna (FoU-PM 1/2022). Det var samtidigt tydligt att utfallet av behandlingen varierade mellan patienterna, både gällande effekt och hur långsiktigt hållbar förbättringen var. Sedan pilotstudien genomfördes har behandlarna bildat ett team för intensiv exponering dit behandlare inom Vup Malmö/Trelleborg kunnat remittera patienter med OCD. För att veta hur behandling för vuxna med OCD ska utformas fortsättningsvis är det viktigt att följa upp implementeringen av behandlingsformatet. Ett forskningsprojekt har följt implementeringen under två år. De patienter som samtycker till att delta i forskningsprojektet följs upp med både utfalls- och upplevelsemått före, under och efter behandlingen, vilket gör det möjligt att utvärdera behandlingsformatet. Tillsammans med en utvärdering ur behandlarnas perspektiv innebär detta en kvalitetssäkring av behandlingsformatet.

2. Syfte

Syftet är att följa upp implementeringen av behandlingsformatet med intensiv terapeutledd exponering för vuxna med OCD inom vuxenpsykiatri i Malmö gällande patientflöde och behandlingsresultat samt patienters och behandlares upplevelser av behandlingen.

3. Metod

För att följa upp implementeringen av behandlingsformatet användes både deskriptiv statistik över patienter som fått behandling, kliniska utvärderingsinstrument som visar patienternas behandlingsutfall (PROM), utvärderingsformulär om patienternas upplevelse av behandlingen (PREM), och utvärderingsformulär och dialog för att fånga behandlarnas perspektiv.

3.1 Patienter och klinisk kontext

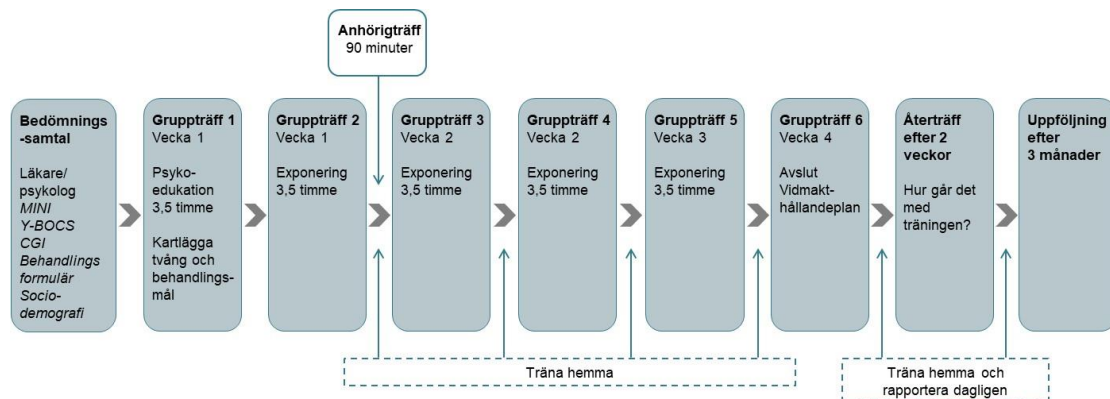
Patienter aktualiseras till Team för Intensiv Exponering (TiE) genom remiss från basmottagningen, det vill säga den mottagning där patienten sökt vård och tillhör geografiskt. Remissen bedöms av psykolog och överläkare i teamet. Teamet tar emot patienter med OCD-diagnos som tillhör specialisterpsykiatri i Malmö/Trelleborg. I ett första steg ges

psykoedukation om OCD och behandlingsformatet i form av inspelad film som patienten får tillgång till på 1177. Därefter genomför psykolog och/eller läkare bedömningssamtal med remitterade patienter. Oftast behövs två sessioner med kartläggning innan behandling kan starta. Exklusionskriterier är pågående missbruk, psykossjukdom och överhängande suicidalitet. Saknar patienten motivation att genomgå behandling utgör detta ett hinder och patienten ombeds återkomma när den känner sig redo att arbeta med exponering. Det bedöms som olämpligt att patienten står på bensodiazepiner under behandling.

Behandlare i TiE är fysioterapeut (med steg 1 kompetens i KBT), sjuksköterska, skötare, specialisläkare och två psykologer. Utöver den fasta staben av behandlare finns en extra resurs i form av psykolog från basmottagningen. Detta dels för att förbättra samarbetet och patientflödet, dels för att kunna erbjuda fler patienter behandling. Från de tre basmottagningarna Trelleborg, Fosievägen och Drottninggatan har en psykolog deltagit som behandlare vid ett tillfälle per termin.

Totalt innebär behandlingsformatet att patienten erhåller 21 timmar behandling fördelat på sex tillfällen + bedömning. Utöver detta tillkommer anhörigträff (90 min) och uppföljning i grupp två veckor samt tre månader efter avslutad behandling (båda 120 min). TiE arbetar i hög grad i en naturalistisk miljö där träning i patientens hem ofta ingår.

Figur 1. Flödesschema som visar behandlingens struktur



3.2 Materialinsamling

Kliniska utvärderingsinstrument

För att utvärdera effekter av behandlingen i relation till tvångssymtom användes instrumentet Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989). Y-BOCS är det internationellt rekommenderade instrumentet för att mäta allvarlighetsgrad i tvångssymtom. Det består av tio frågor som undersöker tidsåtgång, lidande, funktionsnedsättning, motstånd och kontroll för tvångstankar och tvångshandlingar separat. Patienten får en poäng på Y-BOCS som sträcker sig från 0 till 40 och högre poäng indikerar mer allvarliga symtom. Gränsen för kliniska symtom går vid 14 poäng, gränsen för medelsvåra symtom vid 22 poäng och gränsen för svåra symtom vid 30 poäng (Cervin et al., 2022). Skattningen kan genomföras antingen som intervju eller självskattning. I det här sammanhanget användes ett hybridformat där patienten själv besvarade skalan, men i närvaro av vårdpersonal.

För att utvärdera behandlingsresultaten användes också Clinical Global Impressions Scale (CGI). Två varianter av skalan finns. En som mäter allvarlighetsgrad (CGI-S) och en som mäter förbättring (CGI-I). CGI-S går från 1–7, där högre poäng indikerar mer allvarlig problematik. En poäng på fyra indikerar att patienten är måttligt sjuk. CGI-I går också från 1–7, där ett innebär en väldigt stor förbättring, fyra ingen skillnad och sju en väldigt stor försämring. Samtliga patienter klassificerades med hjälp av CGI-skalorna och Y-BOCS utifrån internationella riktlinjer (Mataix-Cols et al., 2022; Mataix-Cols et al., 2016). Andelen som uppnått (1) behandlingsrespons (reduktion på Y-BOCS på minst 35% + en CGI-I-poäng på 1 eller 2), partiell behandlingsrespons (reduktion på Y-BOCS på 25–35% + en CGI-I-poäng på 1, 2 eller 3) och 3) remission av tvångssyndrom (en Y-BOCS-poäng under 13 poäng efter behandling + en CGI-S-poäng på 1 eller 2) undersöktes.

Patientutvärdering av behandlingen

Vid avslut av behandlingen fick patienten fylla i ett frågeformulär med möjlighet att uttrycka sina åsikter om hur det var att delta i behandling (Bilaga 1). Formuläret innehöll graderade frågor och fritextfrågor som gav utrymme för egna kommentarer. Patienterna fick frågor hur hjälpsam behandlingen hade varit och hur mycket symtomen störde före och efter behandlingen. Skala var numerisk och gick från 0 = inte alls till 10 = extremt. Andra frågor gällde behandlingens innehåll och i vilken grad det var hjälpsamt att träna med terapeut, att träffa andra med OCD och om de upplevde att de lärde sig mer om diagnosen (skala 0–4, 0 = mycket dåligt, 4 = mycket bra). Slutligen ställdes frågor kring gruppsformatet och innehållet i detta moment och huruvida patienten kände sig delaktig i

gruppen, om innehållet presenterades på ett begripligt sätt och om det fanns möjlighet för erfarenhetsutbyte med de andra i gruppen. Frågorna besvarades på en 0–2-skala (0 = nej, 1 = ja, lite, 2 = ja, mycket).

Utvärdering ur behandlarperspektiv

För att ta reda på hur behandlingsformatet upplevdes ur behandlarnas perspektiv fick de behandlare som deltagit i behandlingen vid ett eller flera tillfällen svara på frågor om behandlingen. För det första fick de svara anonymt på ett frågeformulär som skickades till dem per mejl och för det andra blev de inbjudna till ett dialogmöte för att tillsammans resonera kring olika frågor (Bilaga 2). Gruppen behandlare bestod dels av personal i TiE (n=6), dels behandlare vid öppenvårdsmottagningarna på Fosievägen, Drottninggatan och Trelleborg som deltagit (n=8). Av behandlarna var det tio som svarade på enkäten och sju som deltog i dialogmötet.

3.4 Analys

Patientflöde och patientkaraktäristika presenteras med hjälp av deskriptiv statistik. Skillnad i Y-BOCS före jämfört med efter behandling analyserades med hjälp av ett parat t-test. Effektstorleken räknades ut genom Cohen's d, där 0,2 tolkades som en liten effekt, 0,5 som en medelstor effekt och 0,8 som en stor effekt.

Patienters och behandlares upplevelse av behandlingsformatet analyserades och redovisas på gruppnivå.

3.5 Etiska överväganden

Etikillstånd från Etikprövningsmyndigheten finns. All data hanterades konfidentiellt och redovisas på gruppnivå. Eventuella risker för patienters mående hanterades inom ramen för behandlingsinsatsen. De patienter som samtyckte till att delta i forskningsprojektet fick information om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att deras behandling påverkades.

4. Resultat

Resultatet redovisas i fem avsnitt. I de första två redovisas statistik över patientflöde och patientkaraktäristika. Det tredje avsnittet redogör för behandlingsresultaten med hjälp av utfallsmått. I det fjärde avsnittet redovisas patienternas upplevelse av behandlingen och i det femte behandlarnas syn på behandlingsformatet.

4.1 Patientflöde till behandling och forskningsprojekt

Under perioden april 2022 till april 2024 aktualiserades via remiss 180 patienter till TiE utifrån frågeställning om intensiv behandling för OCD. Av dessa skickades tio remisser tillbaka efter att överläkaren och psykolog i teamet via remissgenomgång gjort bedömningen att patienten inte var aktuell för behandling. Remisser inkom främst från Drottninggatan Öppenvård (83 remisser), Trelleborg Öppenvård (38 remisser) och Fosievägen Öppenvård (36 remisser). Övriga remisser inkom från mindre specialistteam som bipolärmottagningen eller beroendemottagning. Kallelse för bedömning tillsammans med informationsfilm om OCD samt behandlingens upplägg skickades till 170 patienter. Under den aktuella perioden har 143 bedömningar genomförts. För 20 patienter genomfördes inte bedömningen beroende på uteblivande eller på att patienten inte längre önskade behandling. Vid tidpunkten för skrivandet av denna rapport väntade sju patienter på bedömning.

Av de 143 patienter som genomfört bedömning har 80 patienter erbjudits behandling, vilket motsvarar 56 procent av samtliga bedömningar. Av dessa 80 patienter har 73 patienter inlett sin behandling (91 procent).

Forskningsprojektet

Av de 73 patienter som påbörjade behandling samtyckte 68 patienter till att vara med i det forskningsprojekt som bedrivs på mottagningen. Fyra av de som inte samtyckte erbjöds behandling innan forskningsprojektet etikgodkändes, vilket medförde att de inte kunde samtycka. Således, av de som kunnat samtycka, har enbart en patient inte samtyckt till att vara med i forskningen. Tillgängliga data finns endast för de som deltagit i forskningsprojektet, det vill säga 68 patienter. Av dessa 68 patienter avbröt sex patienter behandlingen under behandlingens gång (9 procent).

4.2 Patientkaraktäristika

Av de 68 patienter som inledde behandling och som genom att delta i forskningsprojektet bidrog med utfallsdata var 62 procent kvinnor och medelåldern i gruppen var 32 år (SD = 10). Högsta utbildning hos patienterna var grundskola för 15 procent, gymnasium för 55 procent och högskoleutbildning för 30 procent. Gällande ekonomisk situation angav en tredjedel att den var dålig eller mycket dålig, en tredjedel att den varken var bra eller dålig och en tredjedel att den var bra eller mycket bra. Enbart 19 procent av patienterna var i arbete. Sexton procent var arbetslösa, 21 procent var sjukskrivna, 23 procent var studenter, 21 procent levde på ekonomiskt bistånd och 21 procent övrigt (exempelvis daglig verksamhet). Gällande social status levde 32 procent ensamma, 28 procent med en partner, 33 procent med sin eller sina föräldrar och 7 procent hade en annan typ av boendesituation (exempelvis LSS-boende). Av samtliga patienter hade 15 procent barn. Det kan alltså konstateras att en majoritet av patienterna står utanför arbetslivet och lever antingen ensamma eller i föräldrahemmet.

Medelåldern för debut av tvångssymtom var 16 år (SD = 9) och ålder vid OCD-diagnos var 23 år (SD = 10). Av samtliga patienter hade 70 procent pågående psykofarmakologisk behandling för tvångssyndrom (SSRI- och TCA-preparat) och 57 procent hade haft någon tidigare psykologisk behandlingsinsats för tvångssyndrom (dock oklart huruvida behandlingen innefattat exponering och responsprevention).

Gällande psykiatrisk komorbiditet hade 28 procent av patienterna ett eller flera ångestsyndrom, 18 procent hade pågående depression och 45 procent hade tidigare haft depression. Elva procent av patienterna hade bipolärt syndrom och två procent hade PTSD. Gällande autism hade 26 procent av patienterna en sådan diagnos och för ytterligare åtta procent bedömdes att utredning för autism skulle kunna vara motiverad. Fem procent av patienterna hade en intellektuell funktionsnedsättning och för ytterligare tre procent bedömdes att en utredning skulle kunna vara motiverad. Gällande ADHD hade 29 procent en sådan diagnos och för ytterligare sju procent bedömdes att en utredning skulle kunna vara motiverad. Nitton procent hade en personlighetssyndromsdiagnos och för ytterligare 18 procent bedömdes att en utredning skulle kunna vara motiverad. Gällande ätstörning hade fem procent en sådan diagnos och ytterligare två procent hade haft en tidigare ätstörningsproblematik. Fem procent av patienterna hade en missbruksproblematik. De aktuella patienterna utmärks således av hög psykiatrisk samsjuklighet.

4.3 Behandlingsresultat

Behandlingsresultatet i denna rapport baseras på 55 patienter. Bortfallet förklaras genom att 1) för fyra patienter gjordes det efter inledd behandling en uppdaterad bedömning att OCD-behandling inte var en relevant insats (tre patienter fick andra diagnoser som bättre kunde förklara deras symtom och en fick enbart individuell exponering och inte grupp-momentet), 2) sex patienter avbröt behandlingen och 3) data saknas för tre individer¹.

Patienternas medelvärde på Y-BOCS innan behandling var 27,96 (SD = 4,97), vilket indikerar medelsvårt till svårt tvångssyndrom. Efter behandling var medelvärdet 19,51 (SD = 6,31), vilket indikerar mildt till medelsvårt tvångssyndrom. Skillnaden före och efter behandling var statistiskt signifikant (skillnad = 8,45 [95% konfidensintervall: 6,82, 10,09], $t = 10,35$, $p < ,001$) och indikerade en stor effekt (Cohen's $d = 1,40$).

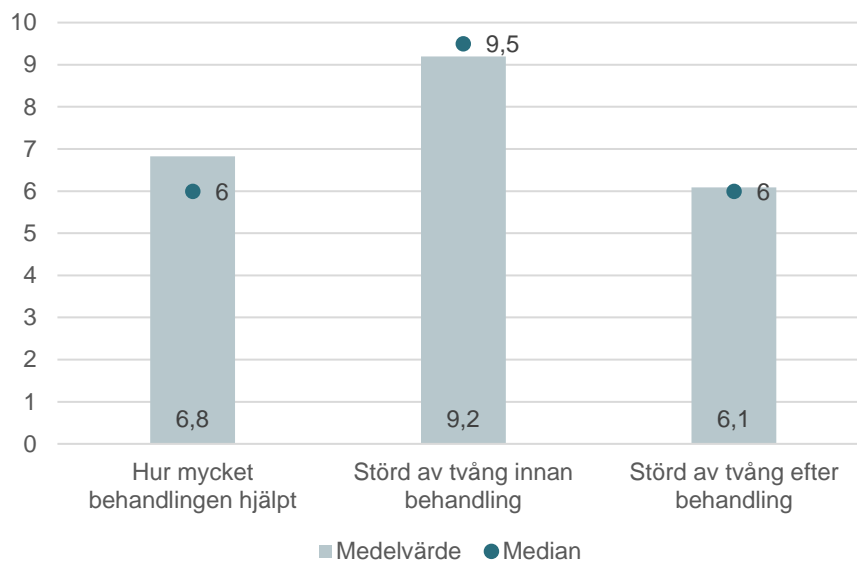
Fyrtiofem procent av patienterna klassificerades som att de hade erhållit en tydligt positiv behandlingsrespons, sex procent som att de erhållit partiell behandlingsrespons och resterande 49 procent som att de inte uppnått en tydlig behandlingsrespons. Nio procent av patienterna klassificerades som att de hade uppnått remission efter behandling och resterande 91 procent klassificerades som att de fortfarande hade tvångssyndrom på en klinisk nivå.

¹ För en av patienterna finns data om upplevelsen av behandlingen. Dessa redovisas i avsnitt 4.4.

4.4 Patienternas upplevelse av behandlingen

Efter avslutad behandling fick patienterna svara på frågor om sina upplevelser av behandlingen. I Figur 2 visas svar på de frågor som avsåg behandlingens effekt.

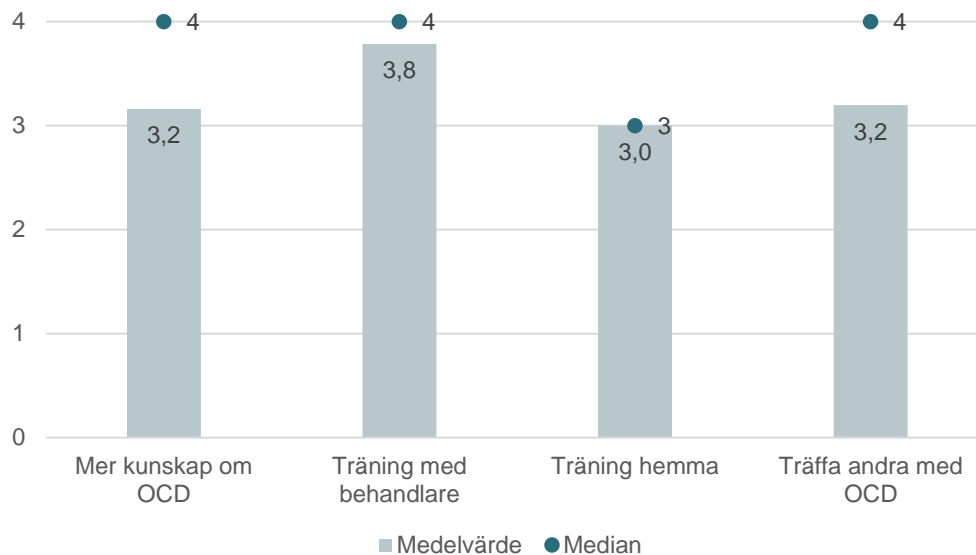
Figur 2. Patienternas upplevelse av behandlingens effekt (n=56, medelvärde, median, skala 0–10, där 0=inte alls, 10=extremt).



Resultaten visar att patienterna upplever att behandlingen har haft effekt på hur mycket tvångssymtom (både tvångstankar och tvångshandlingar) de upplever i vardagen. En närmare analys visar att hela 22 av patienterna angett att behandlingen hjälpt motsvarande 8–10 på skalan, vilket speglar de 40 procent som enligt Y-BOCS fått en tydligt positiv behandlingsrespons. På motsvarande sätt är det bara en patient som svarat motsvarande 0–2 på skalan, att behandlingen inte alls har hjälpt.

I Figur 3 visas deltagarnas svar på vad de tyckte om olika centrala komponenter av behandlingen. Frågan som patienterna fick var –hur mycket har följande komponent av behandlingen hjälpt dig?

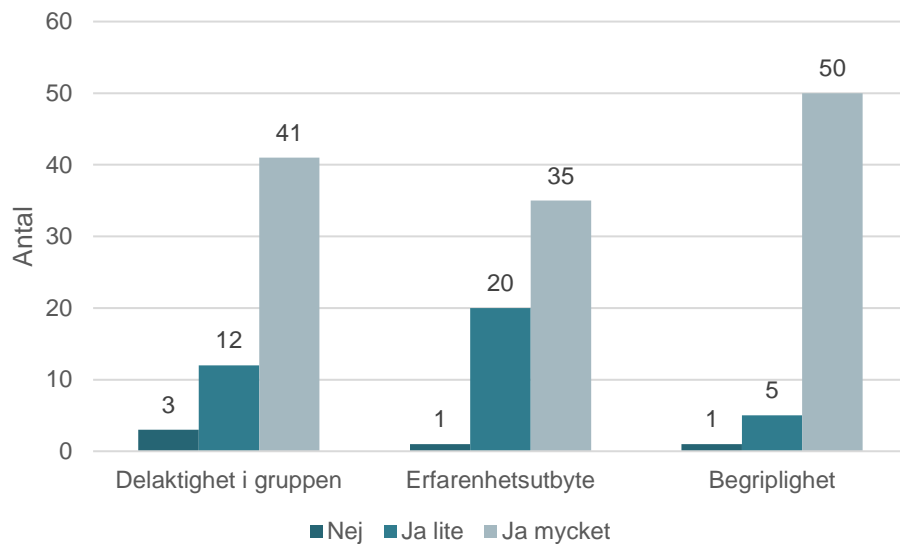
Figur 3. Patienternas upplevelse av olika komponenter av behandlingen (n=56, medelvärde, median, skala 0–4, där 0=mycket dåligt, 4=mycket bra)



Av Figur 3 framgår att patienterna överlag tyckte att komponenterna var bra och att framför allt träning tillsammans med behandlaren var mycket bra.

Figur 4 visar patienternas upplevelse av delaktighet, begriplighet och erfarenhetsutbyte. De fick svara på frågorna: Det är viktigt att känna sig delaktig och med i gruppen. Kändes det så för dig? Fick du möjlighet till erfarenhetsutbyte med de andra deltagarna? Presenterades innehållet på ett begripligt sätt?

Figur 4. Patienternas upplevelse av delaktighet, erfarenhetsutbyte och begriplighet under behandlingen (n=56).

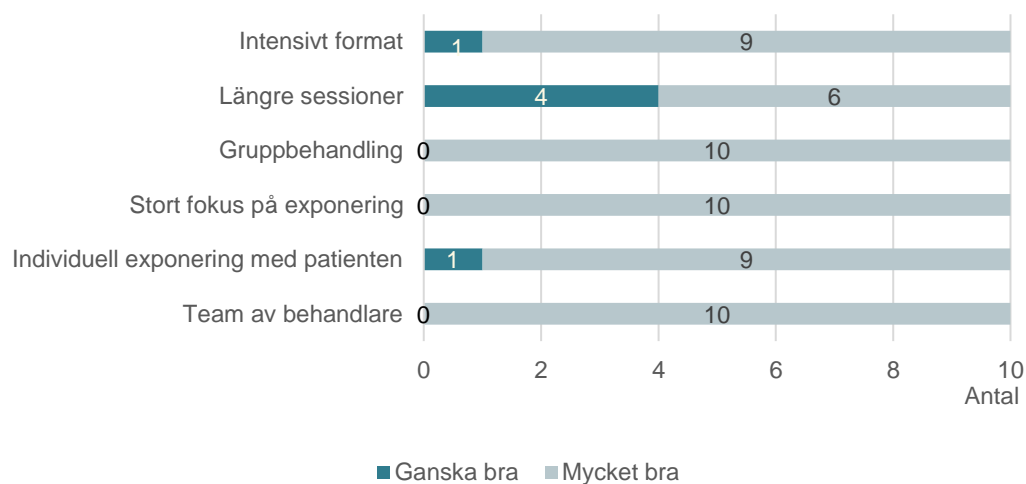


Figur 4 visar att en klar majoritet av patienterna tycker att behandlingen var begriplig. Även när det gäller delaktighet och erfarenhetsutbyte har flest svarat "ja mycket", men där finns även en grupp som svarat "ja lite".

4.5 Behandlarnas syn på behandlingsformatet

Behandlingsformatet bygger på några centrala komponenter. Det är ett intensivt format som sker i grupp med ett team av behandlare och det är stort fokus på exponering med längre sessioner och individuell exponering tillsammans med terapeuten. Behandlarna fick gradera hur de tyckte det var att arbeta med formatet utifrån de olika komponenterna.

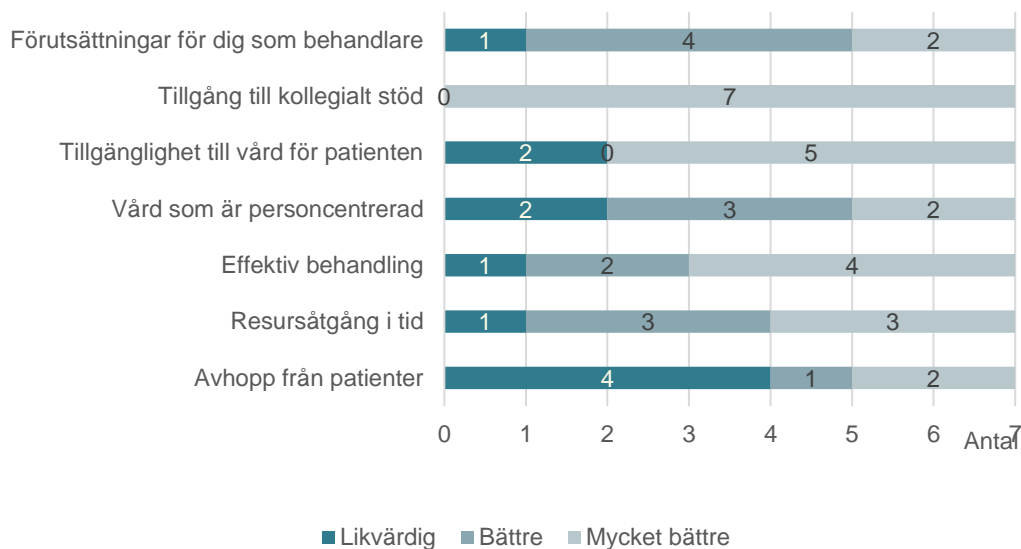
Figur 5. Behandlarnas upplevelse av att arbeta med formatet (n=10, svarsalternativ: mycket dåligt – ganska dåligt – varken bra eller dåligt – ganska bra – mycket bra).



Som framgår tycker behandlarna överlag att de olika komponenterna är "mycket bra" att arbeta med. Ingen har svarat att någon komponent är "dålig" eller "varken bra eller dålig". Den enda komponenten som avviker något är *längre sessioner* där fyra av behandlarna har tyckt att det är "ganska bra".

Behandlarna fick även svara på om de tyckte att det aktuella behandlingsformatet var bättre, sämre eller likvärdigt med konventionell individuell behandling av OCD utifrån ett antal parametrar. Eftersom jämförelsen byggde på att de hade erfarenhet av denna typ av behandling var det endast sju behandlare som svarade på frågan. Deras upplevelse framgår i Figur 6.

Figur 6. Behandlarnas syn på behandlingsformatet jämfört med konventionell individuell behandling (n=7, svarsalternativ: mycket sämre – sämre – likvärdig – bättre – mycket bättre).



För samtliga parametrar bedömds det aktuella behandlingsformatet som "bättre", "mycket bättre" eller "likvärdiga" med konventionell behandling. *Tillgång till kollegialt stöd* skattas som "mycket bättre" av samtliga behandlare. Även *förutsättningar för dig som behandlare* och parametrar kopplade till resursanvändning såsom *effektiv behandling* och *resursåtgång i tid* bedöms främst som "bättre" än konventionell behandling. När det gäller *avhopp från patienter* är det fyra behandlare som bedömer formatet som "likvärdigt" med konventionell behandling. En genomgång av statistik för behandlingsflödet så här långt visar dock inte på fler avhopp än i konventionell behandling, snarare färre. En förklaring som framkommer är att eventuella avhopp blir synligare i en gruppverksamhet än när behandlingen sker individuellt.

Slutligen fick behandlarna svara fritt på vilka fördelar respektive nackdelar de ser med behandlingsformatet. Deras svar visar att de framför allt ser fördelar med formatet. Deras kommentarer visar att de tycker att behandlingen är effektiv och att en viktig faktor är att det är fokus på exponering i patienternas vardag. De lyfter även att formatet får patienterna att utmana sig mer än vid konventionell behandling och att det har fördelar för dem som behandlare. Följande citat är exempel på de fördelar som lyfts.

Tydligare och snabbare [behandling] vilket ger synergieffekter i bättre motivation och bättre utfall även på sikt. Vi som behandlare stöttar varandra att bibehålla planen och motverka terapeutisk drift.

Intensiteten i metod och tid, tillgång till kollegor, att patienten både är en del av en grupp och har individuella exponeringar.

Att patienten får möjlighet att verkligen exponera där tvånget är tillsammans med behandlare.

Min upplevelse är att patienterna utmanar sig i större grad än vid konventionell behandling eftersom de vet att det är en avgränsad tid.

Det är kul som behandlare! Plus mycket fokus är på exponering i verkligheten som man gör tillsammans med patienterna, vet att vi ofta inte gör det tillräckligt.

Mer fokuserad behandling där det är tydligt vad som ska göras vilket minskar risken för att det istället handlar om annat som patienten vill prata om. Även vinster i en "nu eller aldrig" känsla som gör att jag upplever att patienter är mycket modigare i denna behandlingsform.

När det gäller nackdelar med formatet är behandlarna inte lika samstämmiga. Endast två saker lyfts av mer än en behandlare, dels att formatet inte passar alla patienter och att det därför behöver finnas alternativ, dels att det hade varit bra om behandlingen kunde förlängas med extra sessioner eller för patienter med svåra tvång. Följande är exempel på de nackdelar som behandlarna beskriver i sina kommentarer.

Finns patienter där upplägget inte är lika passande, mycket problematik, behov av långsammare takt med mera.

Svårt för vissa patienter att orka alla timmar. För få exponeringssessioner, sårbart om patienten till exempel mår dåligt vid något tillfälle och inte klarar av att utmana sig.

Jag hade önskat att det fanns möjlighet till booster sessioner. Även en fortsättning för personer med svårt tvång och samsjuklighet med till exempel autism eller intellektuell funktionsnedsättning.

Enda nackdelen är egentligen att inte ha möjlighet att förlänga kontakten vid behov. Samtidigt kan det också vara bra, då det kan sporra patienten att gå in för behandlingen mer helhjärtat under den begränsade tid den pågår.

I övrigt påpekar behandlarna nackdelar som att det kan finnas en tveksamhet till gruppkonceptet hos patienterna, att det kan vara svårare

att hantera samsjuklighet inom ramen för behandlingen, att man som behandlare kan vara trött efter träffarna och att det kräver en viss logistisk planering från de externa behandlarna för att medverka i behandlingen.

5. Diskussion

Denna uppföljning visar att upplägget med TiE fungerar bra och att många patienter erbjuds evidensbaserad psykologisk behandling för OCD utan fördröjning. Under den tid som forskningsprojektet har pågått har flödet av remisser varit jämnt och hanterbart för verksamheten. Patienterna har fått en kvalificerad bedömning, psykoedukation och information om sin diagnos utan längre väntetid och en majoritet av patienterna har fått erbjudande om behandling. Analysen visar att specialistpsykiatrins patienter med OCD-diagnos är en belastad patientgrupp med stor grad av samsjuklighet och socioekonomisk belastning. Patienterna är unga och en stor del står utanför arbetslivet, en faktor som medför ökad risk för en negativ ekonomisk situation. Det framgår också att många unga vuxna med OCD har svårigheter med att etablera relationer och bli självständiga individer på bostadsmarknaden.

Resultaten gällande behandlingsutfall är i linje med vad som generellt uppnåtts tidigare med vuxna. Detta får tolkas som positivt då ambitionen varit att behandla den faktiska patientpopulationen i specialistpsykiatrisk verksamhet. Det innebär att även patienter som vanligtvis exkluderas från behandlingsstudier har inkluderats, såsom patienter med autism och intellektuell funktionsnedsättning. Som redovisades ovan är även den psykosociala belastningen för de patienter som ingår hög, vilket sannolikt skiljer sig från de patientgrupper som ingått i tidigare behandlingsstudier på området.

Många patienter skattade kliniska nivåer av tvångssyndrom vid behandlingens avslut. Samtidigt uppgav majoriteten av patienterna att de upplevde att behandlingen varit hjälpsam. En reflektion från behandlare är att symtomreduktion på Y-BOCS återkommande uteblev även för patienter som fått ökad funktion i vardagen. De kan då exempelvis ha börjat laga mat eller kunnat lämna hemmet i större utsträckning. En förklaring till detta kan vara att patienter med mycket undvikande eller begränsad förmåga att reflektera kring sig själva fick ökad insikt om sina svårigheter under behandlingen och därmed även skattade svårigheterna högre eller likvärdiga vid avslut trots ökad funktion. Troligtvis hade en klinikers skattning gett en mer rättvisande bild av faktisk behandlingsframgång för dessa patienter.

Den komponent i behandlingen som upplevdes som mest hjälpsam av patienterna var möjligheten att få träna med behandlare i den miljö där svårigheterna är störst. Oberoende av nivåer av tvång vid behandlingens slut är det värt att betona och förstärka patientens insats och vilja till att förändra sina liv. Behandlingen utgår från tydliga och konkreta behandlingsmål, som många patienter också uppnår under behandlingen. Ett exempel kan vara att klara av att duscha på en viss tid och utan hjälp. Att lyckas utveckla nya förmågor och färdigheter förväntas ha positiva effekter för patientens tro på sig själv och möjlighet att få till en positiv förändring i sitt liv, vilket kommer undersökas närmare i den forskning som bedrivs på mottagningen.

När det gäller framgångsfaktorer beskriver behandlarna att det är patienter med begränsad samsjuklighet, renodlat tvång, hög motivation, bra funktionsnivå i livet och som tränar exponering mycket hemma som har bäst effekt av behandlingen. Även detta kommer att undersökas i det pågående forskningsprojektet. En ytterligare framgångsfaktor som behandlare noterat är att det är viktigt att patienten skapar ordentligt med utrymme för behandlingen under de veckor den pågår.

Av samsjukligheten var de vanligaste diagnoserna adhd och autism som mer än var tredje patient kliniskt uppfyllde diagnoskriterierna för eller ansågs behöva en utredning för. Även förekomsten av personlighetsproblematik var vanlig och då framför allt Emotionellt instabilt personlighetssyndrom. I vidare forskning och i samband med övergång till nytt diagnosystem (ICD-11) för denna patientgrupp skulle det vara intressant att klassificera personlighetssyndromen närmare och med stöd av de dimensionella synsätt (där dysfunktion antas existera på ett spektrum, snarare än inom fasta kategorier) som är på frammarsch.

Andelen avhopp från behandlingen var överraskande låg med tanke på hur krävande behandlingen är och patienternas symtomtyngd. Det framgår dessutom att de sex som avbröt behandlingen framför allt gjorde detta mellan session två och tre – alltså efter första tillfället av exponering. Lyckas man som patient ta sig genom första veckan av behandling och återkomma vecka två är sannolikheten stor för att behandlingen blir komplett. Detta är en intressant observation som är värd att undersöka närmare. När det gäller patienter med nedsatt kognitiv funktion och rädsla för gruppkomponenten kan det behövas mer anpassningar, med mer resurser skulle de exempelvis kunna få behandling i egna grupper. Detta skulle dock kräva mer personal och göra att väntetiden för denna grupp blev längre.

Behandlingens längd är ett tema för diskussion både för behandlare och patienter. Behandlarna föreslår exempelvis boostersessioner eller möjlighet att förlänga behandlingen för vissa patienter där det behövs. I en tidigare utvärdering (FoU-PM 1/2022) gav patienterna uttryck för att de gärna hade haft fler träffar och att de uppskattat om behandlingen pågått under längre tid. Formatet har dock sina fördelar med att intensiteten är hög, att det är stort fokus på exponering och att gruppformatet hjälper till med motivationen för många patienter. Även behandlarna lyftet formatet som hjälpsamt för att hålla fokus och jobba effektivt, och därmed nå bättre resultat. När det gäller boostersessioner för patienter som har genomgått behandling, men som har svårt för att hålla fast vid det nya förhållnings-sättet över tid, arbetar TiE för närvarande med att skapa en struktur för att kunna erbjuda patienter detta från årsskiftet 2024/25.

Att jobba med exponeringsbehandling är krävande både för patient och behandlare. Ofta framkallar situationerna starka känslor som man behöver stå ut med och hantera. I denna uppföljning beskriver behandlare att teamet var en viktig faktor och att kollegialt stöd och handledning i hög grad var tillgängligt. Det talar för att arbeta i fasta, specialiserade team såsom TiE, där kompetensen kring en viss patientgrupp och behandlingsinsats successivt stärks.

Framtida stöd till denna patientgrupp bör adressera hur patienterna bättre kan uppnå ett meningsfullt och självständigt liv, vilket troligen inte bara innefattar behandling fokuserad på tvångssymtom. Datainsamling för forskningsprojektet fortsätter under resten av 2024 och innefattar mycket mer än vad som redovisas i denna uppföljning. Bland annat kartläggs andra pågående psykiatriska symtom hos patienterna, deras motivation och tilltro till egna förmågor och många olika aspekter av livskvalitet och välmående såväl före som efter behandling. Vidare genomförs fokus-grupper om upplevelsen av behandlingen och djupintervjuer med patienter för att få mer kunskap om hur det är att leva med OCD.

6. Slutsatser

Formatet med intensiv exponering i grupp för vuxna med OCD har under två års verksamhet utvecklats till att bli en välfungerande behandlingsinsats med bra patientflöde och goda behandlingsutfall. Det är ett krävande format för både behandlare och patient, men båda parter är positiva till behandlingen och framför allt till den del där exponering genomförs med stöd av behandlaren i patientens vardag. Upplägget där TiE tar emot patienter från hela verksamhetsområdet innebär ett kontinuerligt lärande och en specialisering för behandlarna, vilket säkerställer en behandling av hög kvalitet. Specialiseringen har även gjort det möjligt att ta emot patienter som väntat länge på behandling så att det numera finns ett jämt patientflöde och korta väntetider.

Referenser

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision*. American Psychiatric Association.

Cervin, M. (2023). Obsessive-compulsive disorder: diagnosis, clinical features, nosology, and epidemiology. *Psychiatric Clinics*, 46(1), 1-16.

Cervin, M., McGuire, J. F., D'Souza, J. M., De Nadai, A. S., Aspvall, K., Goodman, W. K., Andrén, P., Schneider, S. C., Geller, D. A., & Mataix-Cols, D. (2024). Efficacy and acceptability of cognitive-behavioral therapy and serotonin reuptake inhibitors for pediatric obsessive-compulsive disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13934>

Cervin, M., OCD Severity Benchmark Consortium, & Mataix-Cols, D. (2022). Empirical severity benchmarks for obsessive-compulsive disorder across the lifespan. *World Psychiatry*, 21(2), 315-316.

Cervin, M., & Waldo, Å. (2021). Exponeringsbaserad KBT för barn och unga med tvångssyndrom: Utvärdering av en intensiv behandlingsform i grupp som utvecklats vid BUP Lund. *FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne, FoU-rapport 1/2021*.

Fawcett, E. J., Power, H., & Fawcett, J. M. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: a meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(4), 0-0.

Franklin, M. E., Dingfelder, H. E., Coogan, C. G., Garcia, A. M., Sapyta, J. J., & Freeman, J. L. (2013). Cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: development of expert-level competence and implications for dissemination. *J Anxiety Disord*, 27(8), 745-753. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.09.007>

FoU-PM 1/2022. Exponeringsbaserad KBT för vuxna med OCD. Pilotstudie av en behandlingsinsats inom Vuxenpsykiatri Malmö Trelleborg. Waldo, Å., Klüft, V. Adler, R., Malmros, M., Viborg, N. & Cervin, M. (intern publikation) FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann, R., Hill, C., Heninger, G., & Charney, D. (1989). Yale-brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-

1011. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/494743>

Kvale, G., Hansen, B., Björgvinsson, T., Børtveit, T., Hagen, K., Haseth, S., Kristensen, U. B., Launes, G., Ressler, K. J., & Solem, S. (2018). Successfully treating 90 patients with obsessive compulsive disorder in eight days: the Bergen 4-day treatment. *BMC psychiatry*, *18*(1), 1-9.

Mataix-Cols, D., Andersson, E., Aspvall, K., Boberg, J., Crowley, J. J., De Schipper, E., Fernández de la Cruz, L., Flygare, O., Ivanova, E., & Lenhard, F. (2022). Operational definitions of treatment response and remission in obsessive-compulsive disorder capture meaningful improvements in everyday life. *Psychotherapy and psychosomatics*, *91*(6), 424-430.

Mataix-Cols, D., Fernandez de la Cruz, L., Nordsletten, A. E., Lenhard, F., Isomura, K., & Simpson, H. B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry*, *15*(1), 80-81. <https://doi.org/10.1002/wps.20299>

Ong, C. W., Clyde, J. W., Bluett, E. J., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2016). Dropout rates in exposure with response prevention for obsessive-compulsive disorder: What do the data really say? *Journal of anxiety disorders*, *40*, 8-17.

Skapinakis, P., Caldwell, D., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N., Salkovskis, P., Welton, N., Baxter, H., Kessler, D., & Churchill, R. (2016a). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health technology assessment*, *20*(43), 1-392.

Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., Welton, N. J., Baxter, H., Kessler, D., & Churchill, R. (2016b). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *3*(8), 730–739.

Socialstyrelsen. (2022). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism*.

Bilagor

Bilaga 1. Frågeformulär till patienter efter behandling

1. Hur mycket har behandlingen hjälpt dig i att bli av med din OCD, 0–10?

[Skala 0–10, där 0 = Inte alls, 5 = Mittemellan och 10 = Extremt]

2. Hur mycket störde tvång innan gruppen, 0–10?

[Skala 0–10, där 0 = Inte alls, 5 = Mittemellan och 10 = Extremt]

3. Hur mycket stör tvång idag, 0-10?

[Skala 0–10, där 0 = Inte alls, 5 = Mittemellan och 10 = Extremt]

4. Det är viktigt att känna sig delaktig och med i gruppen. Kändes det så för dig?

[Nej – Ja lite – Ja mycket]

5. Fick du möjlighet till erfarenhetsutbyte med de andra deltagarna?

[Nej – Ja lite – Ja mycket]

6. Presenterades innehållet på ett begripligt sätt?

[Nej – Ja lite – Ja mycket]

7. Behandlingen innehöll olika delar, hur mycket har följande hjälpt dig:

- Att få mer kunskap om OCD
- Att träna tillsammans med terapeut
- Att träna hemma
- Att träffa andra med OCD

[Mycket dåligt – Ganska dåligt – Delvis – Ganska bra – Mycket bra]

8. Vilka fördelar ser du med behandlingsinsatsen?

[Fritext]

9. Vilka nackdelar ser du med behandlingsinsatsen?

[Fritext]

Bilaga 2. Frågor till behandlare

1. Behandlingen bygger på några centrala komponenter. Hur var det att arbeta med:

- Intensivt format
- Längre sessioner
- Gruppbehandling
- Stort fokus på exponering
- Individuell exponering med patienten
- Team av behandlare

[Mycket dåligt - Ganska dåligt - Varken bra eller dåligt - Ganska bra – Mycket bra]

2. Om du jämför behandlingsformatet med individuell behandling av OCD, hur är då intensiv ERP i grupp gällande:

- Förutsättningar för dig som behandlare?
- Tillgång till kollegialt stöd?
- Tillgänglighet till vård för patienten?
- Vård som är personcentrerad?
- Effektiv behandling?
- Resursåtgång i tid?
- Avhopp från patienter?

[Mycket sämre - Sämre - Likvärdig - Bättre – Mycket bättre]

3. Vilka fördelar ser du med behandlingsformatet?

[Fritext]

4. Vilka nackdelar ser du med behandlingsformatet?

[Fritext]

Tidigare publikationer

Rapport 5/2024 Dialektisk Beteendeterapi (DBT) Skills system vid borderline och autism. 978-91-989047-4-1

Rapport 4/2024 Prolonged Exposure (PE) för patienter med PTSD. 978-91-989047-3-4

Rapport 3/2024 *Det här är jag* ISBN 9 978-91-989047-2-7

Rapport 2/2024 *Gruppinsats för närstående till vuxna med ätstörning* ISBN 978-91-989047-1-0

Rapport 1/2024 *Utökad implementeringsstöd av BUD 0–4 år* ISBN 978-91-989047-0-3

Rapport 3/2023 *Kroppsuppfattning hos unga med ätstörning* ISBN 978-91-987657-9-3

Rapport 2/2023 *Psykoedukation för patienter med personlighetssyndrom* ISBN 978-91-987657-7-9

Rapport 1/2023 *Familjebehandling inom spädbarns- och småbarnspsykiatri*. ISBN 978-91-987657-6-2

Rapport 4/2022 *Heldygnsvård vid substansbrukssyndrom*. ISBN 978-91-987657-5-5

Rapport 3/2022 *Kvalitetssäkring av personcentrerad vård (PCV)*. ISBN 978-91-987657-4-8

Rapport 2/2022 *Kvalitetsmått vid journalgranskning*. ISBN 978-91-987657-3-1

Rapport 1/2022 *Behandlingsstudie för dataspelsberoende i BUP*. ISBN 978-91-987656-0-1

Rapport 7/2021 *Minoritetsstress hos vuxna teckenspråkiga döva*. ISBN 978-91-986060-7-2

Rapport 6/2021 *Interventioner vid dyscalculi*. ISBN 978-91-986060-4-1

Rapport 5/2021 *Personer med hemmasittarproblematik och autism*. ISBN 978-91-986060-5-8

Rapport 4/2021 *Good Psychiatric Management*. ISBN 978-91-986060-3-4

Rapport 3/2021 *Träning av ögonrörelser för förbättrad läsfunktion*. ISBN 978-91-986060-2-7

Rapport 2/2021 *Internetbaserad KBT för ungdomar med sömnsvårigheter*. ISBN 978-91-986060-1-0

Rapport 1/2021 *Exponeringsbaserad KBT för barn och unga med OCD*. ISBN 978-91-7261-340-9

Rapport 10/2020 *Unga vuxna med förvärvad hjärnskada i barndomen*. ISBN 978-91-7261-339-3

Rapport 9/2020 *Huvudprocesser inom vuxenhabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-337-9

Rapport 8/2020 *Mobila RIK i Skåne*. ISBN 978-91-7261-335-5

Rapport 7/2020 *AKK inom sjukvården*. ISBN 978-91-7261-334-8

Rapport 6/2020 *En forskningsöversikt om icke-manuella signaler i teckenspråkstolk...* ISBN 978-91-7261-333-1

Rapport 5/2020 *Kartläggningmaterial inom orientering och förflyttning*. ISBN 978-91-7261-338-6

Rapport 4/2020 *Stöd till personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-332-4

Rapport 3/2020 *Samtalsmaterialet "Det här är jag!"* ISBN 978-91-7261-331-7

Rapport 2/2020 *Teckenspråkstolkens påverkan vid behandlingssamtal*. ISBN 978-91-7261-330-0

Rapport 1/2020 *Audionomledd kognitiv intervention vid tinnitus*. ISBN 978-91-7261-329-4

Rapport 7/2019 *Habilitering och rehabilitering på distans*. ISBN 978-91-7261-328-7

Rapport 6/2019 *Audionomledda metoder inom tinnitusrehabilitering*. ISBN 978-91-7261-327-0

Rapport 5/2019 *Patienters delaktighet i målformulering*. ISBN 978-91-7261-326-3

Rapport 4/2019 *Mentaliseringsträning vid autism*. ISBN 978-91-7261-325-6

Rapport 3/2019 *ALP-instrumentet som stöd för metoden "Köra för att lära"*. ISBN 978-91-7261-324-9

Rapport 2/2019 *Delaktighet och digitalisering av habiliteringens arbetssätt*. ISBN 978-91-7261-323-2

Rapport 1/2019 *Skånska stegen II*. ISBN 978-91-7261-322-5

Rapport 8/2018 *Basal kroppskännedom vid autism*. ISBN 978-91-7261-321-8

Rapport 7/2018 *Mötet med habiliteringen*. ISBN 978-91-7261-320-1

Rapport 6/2018 *Grafisk AKK för barn*. ISBN 978-91-7261-319-5

Rapport 5/2018 *Kulturell kompetens i habiliteringsarbetet*. ISBN 978-91-7261-318-8

Rapport 4/2018 *Barns delaktighet i sin habiliteringsplanering*. ISBN 978-91-7261-317-1

Rapport 3/2018 *Kvalitetssäkring genom utvärdering*. ISBN 978-91-7261-316-4

Rapport 2/2018 *Bedömning av sömn*. ISBN 978-91-7261-315-7

Rapport 1/2018 *Självskattning av delaktighet*. ISBN 978-91-7261-314-0

Rapport 7/2017 *Affektsskola för vuxna med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-313-3

Rapport 6/2017 *Motorik och autism*. ISBN 978-91-7261-311-9

Rapport 5/2017 *Motivation för vuxna med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-311-9

Rapport 4/2017 *Psykosocialt stöd för barn med rörelsenedsättning*. ISBN 978-91-7261-310-2

Rapport 3/2017 *Mindfulness och synnedsättning*. ISBN 978-91-7261-308-9

Rapport 2/2017 *Stöd till anhöriga till vuxna med autism*. ISBN 978-91-7261-307-2

Rapport 1/2017 Förskrivning av AKK-hjälpmedel. ISBN 978-91-7261-306-5

Rapport 8/2016 Konsekvenser av språklig deprivation hos vuxna teckenspråkiga... ISBN 978-91-7261-305-8

Rapport 7/2016 Förekomst av smärta, fatigue och undernäring hos vuxna med CP. 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... 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... 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... ISBN 978-91-7261-295-2

Rapport 11/2015 En forskningsöversikt över valida bedömningsinstrument... 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 Vuxenhabilitering... 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... ISBN 978-91-7261-286-0

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

Rapport 1/2015 Habiliteringsprocess för vuxna med Cerebral Visual Impairment... 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... ISBN 978-91-7261-274-7

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

Rapport 5/2014 Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och dess tillämpning... 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... 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)... ISBN 978-91-7261-266-2

Rapport 14/2013 Rehabilitering vid lätt till medelsvår förvärvad hjärnskada hos barn... 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 rörelse... 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... 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... ISBN 978-91-7261-254-9

Rapport 4/2013 Mentaliseringsförmåga och psykosocial utveckling hos barn med Cl... 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 autismspektrum... ISBN 978-91-7261-248-8

Rapport 1/2013 Mindfulness och yoga som stressreduktion för personer med autism... 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...* ISBN 978-91-7261-245-7

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

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

Rapport 12/2012 *Smärta hos individer med arvetäritär motorisk sensorisk neuropati...* 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...* ISBN 978-91-7261-237-2

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

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

Rapport 5/2012 *Hur upplevs hjälpmedlet bolltäckte av barn och ungdomar och...* ISBN 978-91-7261-234-1

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

Rapport 3/2012 *Användning av The Canadian Occupational Performance Measure...* 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...* 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...* 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 förvärvat 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 döv...* ISBN 978-91-7261-180-1

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

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

Rapport 5/2009 *Uppföljning av arbetsminnesträning - RoboMemo för barn...* ISBN 978-91-7261-170-2

Rapport 4/2009 *Tinnitus Retraining Therapy.* ISBN 978-91-7261-169-6

Rapport 3/2009 *Jag och mitt föräldraskap - ett samtalsstöd till föräldrar vars barn...* ISBN 978-91-7261-168-9

Rapport 2/2009 *Uppföljning av studien RoboMemo - Utvärdering av arbetsminne...* ISBN 978-91-7261-166-5

Rapport 1/2009 *Kartläggning med kort - ett visuellt samtalsstöd.* ISBN 978-91-7261-163-4

Rapport 2/2008 *Implementering av kompensatoriska datorprogram i undervisningen.* ISBN 978-91-7261-151-1

Rapport 1/2008 *CI-terapi - en intensiv målinriktad träningsform för barn med CP...* ISBN 978-91-7261-146-7

Rapport 11/2007 *Finns det genvägar till Internet?* ISBN 978-91-7261-119-1

Rapport 10/2007 *"Jag har en egen vilja och egen talan".* ISBN 978-91-7261-118-4

Rapport 9/2007 *ReMemo, ett minnesträningsprogram för Vuxenhabiliteringen...* ISBN 978-91-7261-115-3

Rapport 8/2007 *RoboMemo – en utvärdering av arbetsminnesträning för barn...* ISBN 978-91-7261-106-1

Rapport 7/2007 *Träning av arbetsminnet med RoboMemo.* ISBN 978-92-7261-105-7

Rapport 6/2007 *Att införa ett salutogent arbetssätt inom Barn- och ungdomshab...* ISBN 978-91-7261-103-0

Rapport 5/2007 *Att vara ung med funktionsnedsättning.* ISBN 978-91-7261-092-7

Rapport 4/2007 *Tidsbegränsade, intensiva, fokuserade, målinriktade och nätverks...* ISBN 978-91-7261-091-0

Rapport 3/2007 *Habilitering af børn i et familiecentrert perspektiv.* ISBN 978-91-7261-083-5

Rapport 2/2007 *Intensiv målinriktad motorisk träning på hästryggen.* ISBN 978-91-7261-078-1

Rapport 1/2007 *Ordinerade samtalsapparater - brukares användning och tillfredsställelse.* ISBN 91-7261-074-3

Rapport 4/2006 *Det sociala livet kring ett bilvrak.* ISBN 91-7261-073-7

Rapport 3/2006 *Utvidgad bedömning - en metod att förstå ett barns autism.* ISBN 91-7261-060-3

Rapport 2/2006 *AKK med hjälp av pektdator för barn med autism.* ISBN 91-7261-055-7

Rapport 1/2006 *Hanen föräldrautbildning - en utvärdering.* ISBN 01-7261-054-9

Rapport 4/2005 *Cirkus - en annorlunda träningsform för barn och ungdomar inom hab...* ISBN 91-7261-051-4

Rapport 3/2005 *Hur använder barn med autism pektdator som alternativ kommunikation?* ISBN 91-7261-044-1

Rapport 2/2005 *Habiliteringen i Malmö. Så växte den fram.* ISBN 91-7261-042-5

Rapport 1/2005 *Hur taktil massage påverkar ungdomar med smärtproblematik.* ISBN 91-7261-043-3

Rapport 2/2004 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning NIT*. ISBN 91-7261-039-5

Rapport 1/2004 *Från bildterapi till Cor ad Cor inom barn- och ungdomshabiliteringen*. ISBN 91-7261-037-9

Rapport 3/2003 *Tid till eget ansvar?* ISBN 91-7261-036-0

Rapport 2/2003 *Färvatten och blindskär i barnhabilitering*. ISBN 91-7261-035-2

Rapport 1/2003 *Barns upplevelser av delaktighet i sin habilitering*. ISBN 91-7261-034-4.

Rapport 2/2002 *Döva i Skåne. Från projekt till regionalt resursteam för döva*. ISBN 91-7261-030-1

Rapport 1/2002 *Föräldrars upplevelse av delaktighet*. ISBN 91-7261-000-X
