

FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

FoU-rapport 3/2026

Anpassning av manualen för ERGT

En omarbetning med fokus på ökad
tydlighet och användbarhet för
behandlare

Verksamhetsområde:	Vuxenpsykiatri Malmö - Trelleborg Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
Enhet:	Vuxenpsykiatrimottagning emotionell instabilitet Malmö
Projektansvariga chefer:	Robin Åkerlund, områdeschef, Ylva Narby, enhetschef robin.akerlund@skane.se ylva.narby@skane.se
Projektets medarbetare:	Josefin Rashidi, leg psykolog josefin.rashidi@skane.se Maja Fredriksson, leg psykolog maja.fredriksson@skane.se
Ansvarig vid FoUU:	Marielle Nyman, hälso- och sjukvårdsstrateg marielle.mn.nyman@skane.se
Utgivning:	maj 2026
ISBN:	978-91-989048-6-4

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: Rashidi, J., & Fredriksson, M. (2026). *Anpassning av manualen för ERGT – en omarbetning med fokus på ökad tydlighet och användbarhet för behandlare*. FoU-rapport 3/2026, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

Sammanfattning

Självskadebeteende är vanligt inom psykiatrisk vård och kan förekomma vid flertalet psykiatriska diagnoser. De flesta behandlingar för självskadebeteende är från början utvecklade för patienter med personlighetssyndrom och är därför långvariga och svårtillgängliga. Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) är ett undantag från detta då behandlingen endast omfattar 16 veckor och riktar sig till patienter med självskadebeteende, oavsett psykiatrisk diagnos. Dock har den svenska manualen i klinisk praktik upplevts som svåröverskådlig och tidskrävande att arbeta med, särskilt för nya behandlare.

Syftet med detta FoU-arbete är att ta fram och kvalitetssäkra en mer användarvänlig version av ERGT-manualen. Arbetet genomfördes genom en systematisk bearbetning av manualen utifrån principer om visuell tydlighet, innehållsmässig tydlighet och metodtrogenhet. Materialet granskades därefter i en fokusgrupp bestående av erfarna psykologer, vars synpunkter låg till grund för fortsatt omarbetning. Materialet utgör ett komplement till den svenska manualen.

Resultaten av utvärderingen visar att det omarbetade materialet upplevs som mer överskådligt, pedagogiskt och kliniskt användbart, med potential att minska förberedelsestid och öka fokus på upplevelsebaserat arbete.

Förväntad nytta för patienten är en mer begriplig och sammanhållen behandling, med större möjlighet till aktivt deltagande i sessionerna och bättre förutsättningar att omsätta färdigheter i vardagen.

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 manualen för ERGT omarbetats och kvalitetssäkrats. Projektet har genomförts av leg psykolog Josefin Rashidi och leg psykolog Maja Fredriksson vid Vuxenpsykiatrimottagning emotionell instabilitet Malmö. Hälso- och sjukvårdsstrateg fil dr Marielle Nyman har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från enhetschef Robin Åkerlund och verksamhetschef Måns Gerle. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av medel för kvalitetssäkring.

Vi riktar ett tack till deltagarna i fokusgruppen som bidrog med sitt engagemang och intressanta synpunkter, enhetschef Robin Åkerlund och verksamhetschef Måns Gerle som stått bakom projektet.

Lund maj 2026

Charlotta Sunnqvist

Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, docent

Chef för FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Förord	4
1. Bakgrund	6
1.1 Självska debeteende.....	6
1.2 Behandling vid självska debeteende.....	7
1.3 Emotion regulation group therapy.....	7
1.4 Förankring i praktik och verksamhetsmål	9
Att skapa tydlig text som underlättar inläring	10
2. Syfte.....	11
3. Metod.....	11
3.1 Beskrivning av studien	11
3.2 Principer för omarbetning.....	13
3.3 Deltagare	15
3.4 Materialinsamling	15
3.5 Analys	16
3.6 Etiska överväganden	16
3.7 Användning av AI	16
4. Resultat och diskussion	16
4.1 Visuell och innehållsmässig tydlighet.....	17
4.2 Användbarhet för behandlare.....	18
4.3 Metodtrogenhet.....	22
5. Begränsningar med studien	25
5.1 Fortsatt utvecklingsarbete	25
6. Slutsatser.....	26
Referenser.....	28
Bilagor.....	32
Bilaga 1. Frågor/punkter till referensgrupp.....	32
Tidigare FoU-rapporter	36

1. Bakgrund

Psykiatrisk problematik av svårare grad föranleder ett stort lidande för den enskilda individen och innefattar alltid en påtagligt nedsatt funktionsförmåga avseende att klara sysselsättning, upprätthålla relationer och klara sin vardag. I många fall kan adekvat omhändertagande och behandling lindra symtom och förbättra funktionsnivå. Ett uttryck för psykiatrisk problematik är självska debeteende. Det är inte förknippat med någon specifik diagnos utan förekommer vid flera tillstånd som innefattar svårigheter att hantera känslor på ett hjälpsamt vis.

Självska debeteende utgör en dålig prognostisk faktor för återhämtning och är en riskfaktor för suicid.

Utifrån detta är det av stor vikt att självska debeteende identifieras så tidigt som möjligt och att evidensbaserade insatser är tillgängliga och möjliga att implementera i klinisk praktik.

1.1 Självska debeteende

Självska debeteende utan suicidal intention (non-suicidal self-injury) definieras som självförvållande skador av den egna kroppsvävningen utan självmordsavsikt, och för syften som inte är socialt sanktionerade (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Detta innebär exempelvis att skära sig, bränna sig eller slå sig själv så att blåmärken eller blödning uppstår. En svensk prevalensstudie visar på att ungefär hälften av patienterna inom psykiatri, som är över 12 år, har ett självska debeteende (Odelius & Ramklint, 2014).

Självska debeteende debuterar vanligtvis i yngre tonåren och förekomsten ökar fram till ung vuxenålder, för att sedan avta (Plener et al., 2015). Dock kvarstår en ökad risk att senare i livet utveckla psykiska problem, återkommande självska debeteende och problematiskt substansbruk (Mars et al., 2014). Vidare är självska debeteende en stark riskfaktor för senare suicidförsök (Victor & Klonsky, 2014). Denna sårbarhet indikerar vikten av att tidigt i

förloppet identifiera och behandla självskadebeteendets bakomliggande faktorer.

1.2 Behandling vid självskadebeteende

Bjärehed och Lundhs forskningsöversikt (2012) belyser att det trots den höga förekomsten av självskadebeteende finns få behandlingar som är riktade specifikt mot detta. De evidensbaserade behandlingar som visat goda resultat är framför allt långtidsterapier med minst tolv månaders behandling, utvecklade för att behandla patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning. Vid jämförelse av de olika terapiformerna kunde man identifiera fyra gemensamma faktorer som antas vara centrala vid behandling av självskadebeteende: (1) En tydlig behandlingsstruktur som skapar förutsägbarhet och kontinuitet för patienten. (2) Ett empatiskt-validerande och lyssnande-undersökande terapeutiskt förhållningssätt. (3) Ett metodmässigt fokus på ökad emotionell medvetenhet och förbättrad emotionsreglering. (4) Strategier för att motverka risken för att behandlingen i sig medför negativa effekter, vilket i sedvanlig vård bedöms vara betydande för denna patientgrupp (Bjärehed & Lundh, 2012).

1.3 Emotion regulation group therapy

För att möta behovet av en mer lättillgänglig och specialiserad behandling utvecklade Gratz och Gunderson (2006) emotion regulation group therapy (ERGT), ursprungligen utformad som en 14 veckors tilläggsbehandling i grupp.

ERGT bygger på forskning som tyder på att självskadebeteende ofta fungerar som en form av känsloundvikande, det vill säga ett sätt att fly, undvika eller förändra oönskade känslotillstånd (Gratz, 2003). Syftet med ERGT är därför att lära patienterna mer adaptiva sätt att förhålla sig till och reglera sina känslor, vilket i sin tur minskar behovet av att ta till självskada.

Metoden utgår från Gratz och Roemers (2004) definition av känsloreglering som innefattar (a) medvetenhet, förståelse och acceptans av känslor, (b) förmåga till målinriktade beteenden och impuls kontroll vid negativa känslor, (c) flexibel användning av situationsanpassade strategier för att modulera intensiteten och/eller varaktigheten av känslomässiga reaktioner (Gratz & Roemer, 2004). Således läggs tonvikten på att kontrollera beteendet när känslor är närvarande, snarare än att kontrollera själva känslorna. Ytterligare en viktig komponent i ERGT är betoningen på de paradoxala konsekvenserna av försök att undvika inre upplevelser. Detta innebär att självskadebeteende kan fungera som ett sätt att hantera känslor på kort sikt, men leder på längre sikt till ökad känslomässig dysreglering och intolerans av känslomässigt obehag (Gratz & Gunderson, 2006).

ERGT är i stor utsträckning influerad av acceptance and commitment therapy (ACT) och dialektisk beteendeterapi (DBT) (Gratz, 2016). ACT syftar till att öka psykologisk flexibilitet, vilket innebär förmåga att vara öppen, närvarande och accepterande av sina inre upplevelser, utan att låta sig definieras eller styras av dem. Genom att tillåta sina känslor och tankar även när de är smärtsamma, skapas utrymme att leva ett liv i enlighet med sina värderingar trots att man möter hinder eller inre obehag (Harris, 2020). DBT fokuserar på att öka förmågan att hantera sina känslor genom en å ena sidan ökad medvetenhet om och acceptans av känslor, och å andra sidan färdigheter för att förändra och förbättra sitt liv. Dessa färdigheter innefattar mindfulness, konkreta strategier för att minska intensiteten i känslor, strategier för att stå ut, och relationsfärdigheter (Kåver & Nilsson, 2002).

ERGT har utprovats i tre effektstudier som samtliga har visat på minskning av självskadebeteende, känslomässig dysreglering och generell borderlinesymtomatologi (Gratz & Gunderson, 2006; Gratz & Tull, 2011; Gratz, Tull & Levy, 2014). Man har också kunnat påvisa att behandlingens effekt på självskadebeteende medieras av förbättrad känsloreglering, vilket stödjer den underliggande teorin om

känsloreglering som förändringsmekanism i ERGT (Gratz, Levy & Tull, 2012).

Inom ramen för Nationella Självskadeprojektet har ERGT-manualen översatts till svenska och under 2013 – 2014 genomfördes en nationell utprovning av behandlingsmetoden (Sahlin et al., 2017). Sahlin med kollegor (2017) har utvärderat behandlingen i svensk specialistpsykiatrisk kontext och drar slutsatsen att ERGT är genomförbar och har god effekt på såväl självskadebeteende som emotionell dysreglering och generell psykopatologi.

För att ge ERGT rekommenderas en introducerande utbildning i metoden och gedigen kunskap om KBT och beteendeanalys, med fördel legitimerad psykolog (Nationella självskadeprojektet, u.å). Manualen i sin nuvarande form i Sverige omfattar 16 sessioner á två timmar.

Enligt Ulrika Bonde (personlig kommunikation 26 november 2025), som sitter i den nationella arbetsgruppen för självskadebeteende och emotionell instabil personlighetsstörning, finns fortsatt ett engagemang för metoden som erbjuds i relativt många regioner i Sverige. Årliga ERGT-utbildningar hålls vid Karolinska institutet i Stockholm, och i Skåne och Göteborg arrangeras utbildningar vartannat år, med omkring 20 deltagare per tillfälle från hela landet. Det finns även pågående utvecklingsarbete riktat mot yngre målgrupper inom BUP i både Stockholm och Umeå. För att stärka implementeringen planeras det också för nationella ERGT-nätverksträffar.

1.4 Förankring i praktik och verksamhetsmål

Inom vuxenpsykiatriska öppenvården i Malmö-Trelleborg ges ERGT vid mottagning emotionell instabilitet, till patienter med självdestruktivt beteende oavsett om emotionellt instabil personlighetsstörning har bedömts föreligga eller ej. Till självdestruktiva beteenden räknas exempelvis tillfogande av

vävnadsskada, överkonsumtion av alkohol i känsloreglerande syfte, sexuella relationer i känsloreglerande syfte, hetsätning och/eller kräkning.

Att leda ERGT-grupper är en arbetsuppgift som ofta ges till ny personal som PTP-psykologer och vikarier. Under flera år var remissinflödet högt och behovet av behandlare därmed också stort. Detta innebär att relativt många behandlare behövt sätta sig in i manualen och bakomliggande teori. Detta arbete kan ta mycket tid då manualen innehåller långa textavsnitt som ska sammanfattas och återges på ett pedagogiskt och kärnfullt sätt. Vidare kan manualen uppfattas som visuellt svåröverskådlig, vilket försämrar dess användbarhet som stöd för behandlarens minne under sessionerna.

Dimblad Gonzalez och Victorén (2024) undersökte implementering av ERGT i Sverige. Det framkom att behandlare upplever manualen som ordrik och att det är svårt att sälla ut det viktigaste i varje session, att metaforer och exempel inte passar i svensk kontext, samt att begrepp är komplicerade och bitvis inkonsekventa. Detta ställer krav på behandlare att förenkla och att vara uppmärksamma på att patienterna förstår huvudbudskapen.

Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel har som ett av sina verksamhetsmål 2025 att vården ska vara tillgänglig och av god kvalitet. Detta förutsätter effektiva arbetssätt och hög kompetens. Tydliga och lättanvända arbetsmaterial ligger i linje med målen genom att minska tiden varje behandlare behöver ägna åt att sammanfatta och öva in varje session. Under sessionerna kan en koncis teorigenomgång möjliggöra fler exemplifierande övningar, vilket är i linje med Gratz intention då behandlingen beskrivs som upplevelsebaserad (Gratz, 2016).

Att skapa tydlig text som underlättar inlärning

Cognitive load theory beskriver vilka faktorer som främjar inlärning av ett material. Inlärning försvåras när kognitiv kapacitet behöver tas i anspråk för annat än att bearbeta det centrala innehållet, exempelvis

vid otydligt eller mångtydigt språk eller när texten innehåller överflödigt information. Genom att reducera sådan belastning kan kognitiva resurser i större utsträckning frigöras för att förstå och tillgodogöra sig innehållet (Sweller, 2010).

Mot denna bakgrund blir textens språkliga och visuella utformning central. Projektet Begriplig text (Dyslexiförbundet, 2019) har identifierat 19 faktorer som underlättar läsning och begriplighet i informationstexter. En viktig slutsats är att textens utseende är lika betydelsefullt som dess innehåll. De faktorer som rankades högst var grafiskt och innehållsmässigt tydliga rubriker, punktlister för att lyfta fram viktig information, att textens omfång inte är onödigt långt samt styckeindelning som kapar luftighet och tydlig struktur mellan olika ämnen och tankeled (Dyslexiförbundet, 2019).

Anna Timan, språklärare på Region Skånes lärredaktion, har gett råd om formatering och visuell utformning (A. Timan, personlig kommunikation 22 augusti 2025). Rekommendationerna omfattade vänsterjusterad text, hög färgkontrast, täta rubriker i fet stil samt smal radbredd. Dessa råd var samstämmiga med slutsatserna från Begriplig text (Dyslexiförbundet, 2019).

2. Syfte

Syftet är att utarbeta en användarvänlig version av manualen för ERGT, samt att kvalitetssäkra denna.

3. Metod

3.1 Beskrivning av studien

Kommunikation har förts med kontaktpersonerna i projektgruppen bakom ERGT-utvärderingen i Sverige, för att undersöka upphovsrätten till materialet. Ingen i Sverige tycks äga

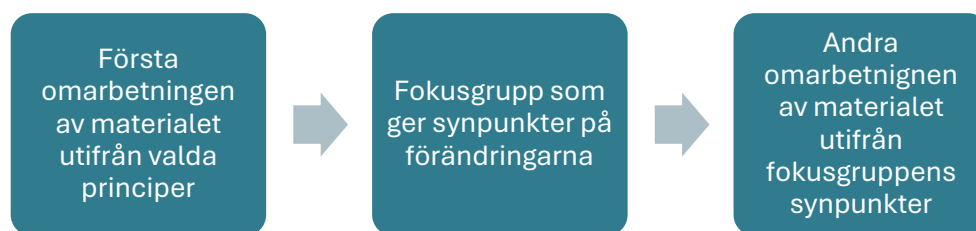
upphovsrätten och ERGT-manualen ligger idag fritt tillgänglig på webben.

Arbetet med att genomföra lämpliga anpassningar inleddes genom att söka efter pedagogiska principer för tillgänglig text och visuell överskådlig disposition. Kontakt togs med språklärare Anna Timan på Region Skånes lärredaktion. Litteratur i Acceptance and Comittment Therapy och Dialektisk beteendeterapi har gåtts igenom och tillagda praktiska övningar är hämtade från Harris (2020) respektive Kåver och Nilsonne (2002). Detta utmynnade i tre principer som riktlinjer för omarbetningen. Principerna beskrivs utförligare nedan under rubrikerna visuell tydlighet, innehållsmässig tydlighet och metodtrogenhet.

Utifrån principerna gjordes en första omarbetning av manualen. Denna granskades sedan av en fokusgrupp, och en andra omarbetning genomfördes utifrån fokusgruppens synpunkter (Figur 1). Omarbetningen består av två delar. Terapeutmaterialet riktar sig till behandlare och innehåller den information som ska förmedlas till patienterna samt beskrivningar av övningar. Patienthandboken utgörs av sammanfattningar av sessionerna, övningsblad och hemuppgifter.

Det omarbetade materialet är tänkt att användas som komplement till ERGT-manualen för att underlätta för behandlare i processen att sammanfatta och minska upprepningar. Förhoppningen är att förberedelsetiden ska minska för behandlare och skapa mer utrymme åt diskussion och exempel under sessionerna. Det omarbetade materialet tillgängliggörs digitalt för medarbetare inom Region Skåne.

Figur 1. Översikt av arbetsprocessen



3.2 Principer för omarbetning

För att anpassa manualen till en mer läsvänlig version har fokus lagts på både visuell och språklig tydlighet, samtidigt som det varit av stor vikt att omarbetningen förblivit metodtrogen. Således har dessa tre aspekter utgjort de vägledande principerna för omarbetningen.

Visuell tydlighet

Användandet av rak stil, markering av disposition med täta rubriker och punktlister underlättar överblick och inläring (A. Timan, personlig kommunikation, 22 augusti 2025). Rubriker ska sammanfatta innehållet i påföljande stycke (Dyslexiförbundet, 2019).

En smal radbredd gör läsning enklare och vänsterjusterad text möjliggör för högerhänta att anteckna i marginalen utan att skymma texten med sin skrivande hand. Att markera styckesindelning med blankrad och färgsättning med hög kontrast underlättar läsning och orientering i texten (A. Timan, personlig kommunikation, 22 augusti 2025).

Enhetliga rubriker och rubriknivåer som tydligt skiljer sig från varandra, typsnitt utan seriffer, tydlig koppling mellan text och illustration är andra faktorer som ger ökad visuell tydlighet (Dyslexiförbundet, 2019).

Innehållsmässig tydlighet

Varje session består av teori som förmedlas muntligt, det som brukar benämnas psykoedukation. Manualen beskriver metoden som upplevelsebaserad (Gratz, 2016) men återkommande saknas konkret omsättning av teori i sessionerna. Det vanliga sessionsupplägget i kognitiv beteendeterapi är att psykoedukation omsätts i en övning och att hemuppgiften sedan bygger på, eller är samma som, denna övning. En princip för omarbetning av materialet har därför varit att psykoedukationen alltid ska konkretiseras och få personlig relevans med hjälp av en, i första hand upplevelsebaserad, övning och att hemuppgiften ska bygga direkt på detta för att ge patienterna möjlighet att omsätta färdigheterna i sitt liv utanför terapin.

I omarbetningen av patienthandboken har fokus legat på förkortad och förenklad text, tillägg av vardagsnära exempel, förtydligade instruktioner, visuellt tydliggörande, god överensstämmelse med terapeutmaterialet samt stringens avseende språkliga begrepp.

Metodtrogenhet

Metodtrogenhet, det vill säga att kliniker levererar evidensbaserade behandlingar enligt etablerade riktlinjer och manualer, är avgörande för att säkerställa att patienter får maximal nytta av terapin. Studier visar att även när kliniker är utbildade i en metod används inte alltid de centrala teknikerna, särskilt exponering och beteendeinriktade interventioner (Waller, 2016), vilket kan försämra behandlingsresultaten. Samtidigt visar forskning att anpassningar är både oundvikliga och ofta nödvändiga för att interventioner ska fungera i olika sammanhang. Sådana modifieringar innebär inte bristande kompetens utan speglar det praktiska behovet av att översätta en metod till den lokala miljön (Cohen et al, 2008). Nyckeln ligger i att identifiera och bevara de centrala komponenterna som gör interventionen effektiv, samtidigt som man tillåter anpassningar som förbättrar metodens användbarhet i den kliniska vardagen. Metodtrogenhet handlar därför inte om att följa en manual ordagrant, utan om att medvetet bevara de aktiva ingredienserna

samtidigt som metoden utvecklas och justeras i klinisk praktik (Chamber et al., 2013).

För att behålla metodtrogenhet i omarbetningen har Gratz definition av känsloreglering varit ett riktmärke, eftersom graden av känsloreglering har visats vara den underliggande mekanism som medierar symtomförbättring vid ERGT (Gratz, Levy & Tull, 2012). Även ERGT adherensskattning (Roemer & Orsillo, 2007/2013) har varit vägledande. Adherensskattningen lyfter centrala element som att förstå och acceptera känslor, identifiera känslomässiga utlösare för självskadebeteende, främja självmedkänsla och beteendekontroll, samt använda värderad riktning för att stödja medvetna och hållbara val.

3.3 Deltagare

Fem psykologer med god erfarenhet av att arbeta med den svenska ERGT-manualen tillfrågades om att delta i en fokusgruppsintervju. Samtliga deltagare arbetar inom vuxenpsykiatri i Region Skåne men kommer från olika verksamheter vilket bidrar till en bred kompetens avseende olika patientgrupper.

3.4 Materialinsamling

Första omarbetningen skickades ut till en fokusgrupp som granskade materialet. Inför den fysiska träffen fick deltagarna svara på strukturerade frågor via mejl. Svaren på frågorna gav en uppfattning om vad deltagarna ansåg om anpassningarna och vad diskussionerna i fokusgruppen skulle koncentreras på.

Fokusgruppen träffades under fem timmar för att diskutera sina åsikter om de förändringar som gjorts (Figur 1). En av rapportförfattarna ställde frågor enligt en semistrukturerad intervjumall (Bilaga 1) och den andra antecknade deltagarnas resonemang. Efter fokusgruppen gjordes en andra omarbetning (Figur 1), vilken redovisas för under rubriken resultat och diskussion.

3.5 Analys

Anteckningarna som fördes under fokusgruppintervjun diskuterades efteråt mellan rapportförfattarna, med utgångspunkt i ovan beskrivna principer, för att ta ställning till vilka anpassningar som skulle göras i den andra omarbetningen. Denna analys redogörs för under rubriken resultat och diskussion.

3.6 Etiska överväganden

Deltagarna i fokusgruppen är anonyma i rapporten. Inför deltagande informerades de om projektets syfte och att rapporten kommer publiceras.

3.7 Användning av AI

AI har inte använts i något skede av detta projekt.

4. Resultat och diskussion

I detta avsnitt presenteras de huvudsakliga resultaten från fokusgruppens granskning av första omarbetningen av ERGT-manualen. Redovisningen följer principerna för lämpliga anpassningar där deltagarnas syn på den visuella och innehållsmässiga tydligheten i första omarbetningen redovisas först. Därefter beskrivs deras bedömningar av den kliniska användbarheten för behandlare. Sedan beskrivs hur första omarbetningen uppfattades avseende metodtrogenhet. De områden som föranledde mest diskussion under fokusgruppen var temana Praktiska övningar, Skam och skuld samt Konsekvensmodifiering och de redovisas således mer utförligt. Tillsammans avser redogörelsen för dessa principer att ge en samlad bild av vilka delar som bedömts fungera väl, vilka begränsningar som identifierats och hur materialet har utvecklats för att öka tydlighet och genomförbarhet i klinisk verksamhet.

4.1 Visuellt och innehållsmässig tydlighet

Den svenska manualen innehåller längre stycken text i kursiv stil med få strukturerade rubriker (Figur 2). Texten är upprepande och omständlig. Överlag uppfattade deltagarna den första omarbetningen som mer överskådlig och lättare att navigera i med fler rubriker, rak stil, tydligare styckeindelning och minskad textmängd (se Figur 2). I första omarbetningen har korta meningar med så enkelt språk som möjligt eftersträvat för att underlätta inlärning för behandlare, snabb läsning och en enkel presentation. Detta har varit viktigt utifrån att ERGT uppfattas som en teoritung behandling med högt tempo som ställer relativt höga krav på patienterna vad gäller att förstå och ta till sig behandlingen. Därmed behöver presentationen vara så enkel som möjligt. Att använda så få begrepp som möjligt och låta dem återkomma syftar till att främja förståelse och öka tydlighet.

I första omarbetningen har exempel, övningar och förslag på diskussionsfrågor lagts till. De föreslagna diskussionsfrågorna var tänkta att underlätta för behandlare att öka andelen diskussion i förhållande till ren informationsförmedling. De exempel som förekommer i terapeutmaterialet avser att konkretisera innehållet och underlätta för behandlare som då inte måste tänka ut egna exempel. Övningarna är tänkta att illustrera teori och göra behandlingen mer upplevelsebaserad. Det har inneburit att vissa hemuppgifter justerats och moment skalats bort i den första omarbetningen.

Några deltagare uttryckte att materialet skulle minska deras förberedelsetid. För de som har lång erfarenhet av metoden var detta svårvärderat då de redan har ingående kunskap om varje session och lägger lite tid på förberedelse.

Samtliga i fokusgruppen var eniga i att huvudrubriker bör vara samma som i manualen för att underlätta jämförelse mellan materialen. I första omarbetningen har underrubriker lagts till i syfte att ge överblick och den som har god kännedom om materialet kan

använda dessa som stöd för minnet och prata relativt självständigt utifrån dem.

Tydligt markerade exempel lyftes som positivt av hela fokusgruppen. God samstämmighet rådde kring önskemål om försättsblad till respektive session vilket har lagts till i den andra omarbetningen.

Figur 2. Visuell utformning i manual respektive första omarbetningen

Grupps struktur

- ERGT är en färdighetsträningsgrupp som förutsätter ett aktivt deltagande av gruppledarna.
- Hemuppgiftsbladen behöver tas med till varje grupptillfälle för genomgång och för forskning.

En annan sak som är viktigt att informera om är strukturen för ERGT. Det finns olika typer av grupper. En typ är "processgrupper" där gruppmedlemmarna berättar om sina svårigheter och får stöd av varandra. "Processgrupper" är ganska ostrukturerade och gruppledarens roll helt enkelt är att övervaka diskussionen. En annan sorts grupper är "färdighetsgrupper" där människor lär sig nya färdigheter och nya sätt att bete sig. Ledarna i den här typen av grupp är mer aktiva - de ger information och lär ut olika saker. ERGT är av den senare typen - en "färdighetsgrupp" - så under de kommande 16 veckorna kommer jag att ge er mycket information, lära er nya färdigheter och prata en hel del!

En sak som jag också kan garantera är att bara sitta och lyssna på mig när jag pratar i en och en halv timme inte kommer att räcka. Den verkliga förändringen i all typ av terapi sker när ni kan införliva det ni lärt er i livet utanför terapin. Det mest ta i ert liv sker utanför den här gruppen - vi är tillsammans bara under en bråkdel av er vecka. Så även om ni har hjälp av det ni lär er här i gruppen så kommer ni inte att se någon verklig förändring förrän ni börjar använda det ni lärt er i ert dagliga liv. Därför är en viktig del av ERGT vad ni gör utanför gruppen. Det innebär bl. a. att ni varje vecka kommer att bli ombodda att prova de nya färdigheterna som ni har lärt er under veckans grupp och följa upp hur användandet av dessa färdigheter har fungerat för er. Ni kommer också bli ombodda att registrera självskadeimpulser och vilka typer av känslor och situationer som tenderar att öka impulserna. Dessa hemuppgifter ses som den viktigaste delen av behandlingen och det som gör att behandlingen fungerar. Det är genom att göra dessa hemuppgifter som vi tror att livet kommer att förändras för er.

I början av varje grupp-session kommer vi att diskutera era erfarenheter och era hemuppgiftsblad från föregående vecka, för att lära oss mer om era erfarenheter. Se därför till att alltid ta med era ifyllda hemuppgiftsblad till gruppen. Förutom att diskutera dem i början av varje grupp-session kommer vi även att samla in hemuppgiftsbladen och göra kopior av dem som ska användas till forskningsdelen av den här behandlingen (för att se om mängden hemuppgifter som ni deltagare gör översvarar till de framsteg som görs). Så det är mycket viktigt att ni fyller i dessa hemuppgiftsblad och tar dem med er till gruppen varje vecka.

Ramar för ERGT

Informera om:

- Tid för sessionerna, beräknat slutdatum
- Regler för återbud
- Krav på närvaro och ersättningsamtal
- Hur man kommer i kontakt med gruppledarna

Förväntningar på gruppledarna

Behandlingen är strukturerad och har som gruppledarna ansvarar för att vi

Förväntningar på deltagarna

För att ha effekt som deltagare behöver man engagera sig under och mellan sessionerna.

Exempel: ett aktivt lyssna, ställa frågor vid behov, delta i gruppdiskussioner samt dela med sig av egna

Hemuppgifterna ska hjälpa er att öva praktiskt det håller igång behandlingen mellan sessioner till åt dem! Hemuppgifterna följs upp och diskuteras under sessionerna.

Alla i gruppen har tystnadsplikt - det som andra deltagare berättar och vem de är får inte föras vidare. Att prata om egna upplevelser och det vi behandlare förmedlar är helt ok.

Eftersom ni är här förutsätter vi att ni har en tydlig avsikt att sluta självskada. Vi förväntar oss inte att det sker i en handvändning och bakslag är vanligt under behandlingens gång. Det viktiga är att lära sig av det som händer, för att minska risken att det händer igen.

Kursiv brödtext

Underrubriker

Markerat exempel

Svenska manualen

Första omarbetningen

4.2 Användbarhet för behandlare

Utifrån klinisk erfarenhet har kortare avsnitt lagts till i första omarbetningen av materialet, exempelvis diskussion kring hur patienterna kan skapa struktur för att underlätta att de genomför hemuppgifterna. Överlag beskrev deltagarna i fokusgruppen det som positivt att terapeutmaterialet innehåller exempel på frågor att ställa till patienterna för att stimulera diskussion eller reflektion.

Fokusgruppen önskade mer av detta under hemuppgifts-genomgångarna, vilket har lagts till i andra omarbetningen. Utifrån deltagarnas önskemål lades det även till fler förslag på exempel att använda vid presentation av hemuppgift och motsvarande exempel finns nedskrivna i formulären i patienthandboken. Tydlig rational

och konkret vägledning kring hemuppgifter ökar patienters följsamhet (Linton & Flink, 2011), vilket kan bidra till att förklara fokusgruppens positiva bedömning av de tillagda stöden för behandlare.

Olika åsikter uttrycktes kring hur pass utförligt olika moment i ERGT bör beskrivas i första sessionen i behandlingen. I manualen ligger ett längre avsnitt som beskriver behandlingens moment relativt ingående. I första omarbetningen ströks detta för att ge utrymme åt en övning där patienterna får formulera egna behandlingsmål i syfte att öka deras engagemang. Fokusgruppen hade delade uppfattningar kring denna förändring. En deltagare ansåg att en utförlig beskrivning av behandlingens moment kan balansera förväntningar och ge en tydligare bild av behandlingen. Det framfördes också att en utförlig beskrivning utgör en förklaring till utformningen av de inledande sessionerna vilket kan stödja patienters motivation att fortsätta i behandlingen. En annan deltagare menade att det är svårt för patienter att utifrån teoretiska beskrivningar förstå vad moment kommer innebära och att en mer kortfattad och vardagsnära beskrivning går lika bra, medan syfte med övningar och innehåll behöver förklaras löpande under behandlingen.

Fokusgruppens skilda uppfattningar kan förstås som en avvägning mellan behovet av tydlighet och struktur, och risken för överbelastning av abstrakt information tidigt i behandlingen. Studier på kognitiv belastning (cognitive load theory) visar att arbetsminnets kapacitet är begränsad och att presentation av alltför mycket komplex eller abstrakt information på en gång kan överbelasta denna kapacitet, vilket i sin tur hindrar effektiv inläring och förståelse (Sweller, 2010). Samtidigt är det, enligt Bjärehed och Lundh (2012), väsentligt för patienter med självskada att de redan från början informeras om behandlingsstrukturen och innehållet. I enlighet med detta gjordes en justering i andra omarbetningen där den kortfattade beskrivningen av behandlingsstrukturen och förväntningar på

patienten behövs, och beskrivningen av de utmärkande förändringsprocesserna i ERGT utökades.

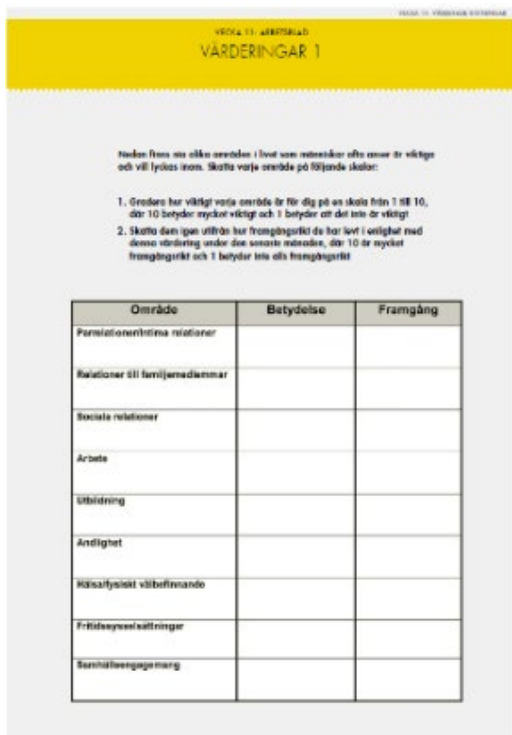
I första omarbetningen togs beslut att ändra avgränsningen mellan session tre och fyra. Fokusgruppen upplevde det som tydligare och mindre stressigt för behandlare. Som potentiell nackdel lyftes att känslors funktion då berörs vid endast en session, istället för vid två sessioner som svenska manualen anger. Utifrån principen att hemuppgiften endast ska bygga på sådant som gått igenom under sessionen har avgränsningen dock behållits i andra omarbetningen.

Den längre bilaga med känsloregleringsstrategier som finns i manualen redigerades inte i den första omarbetningen. Efter synpunkter från fokusgruppen har bilagan förkortats och reviderats, och en beskrivning av hur den är tänkt att användas av patienterna har lagts till.

Utformning av övningar och tillhörande patientmaterial har justerats på flera ställen i första omarbetningen för att tydliggöra syftet med övningarna. Fokusgruppen var överlag positiv till de justeringar som gjorts, dock med några undantag.

Fokusgruppens betoning på tydligt syfte ligger i enlighet med teorier om upplevelsebaserat lärande, där reflektion och meningsskapande är avgörande för att erfarenheten ska leda till beteendeförändring.

Figur 3. Exempel på omarbetning av övning om värderad riktning, från den ursprungliga manualen till första omarbetning, till andra omarbetning



Manualen



Första omarbetningen



Andra omarbetningen

I första omarbetningen gjordes förändringar av hemuppgifterna som rör avsnittet värderad riktning. Manualens hemuppgifter ströks och

ersattes med liknande övningar från ACT (Harris, 2020). Dessa övningar bedömdes vara tydligare och/eller mer koncisa. Ett par deltagare ansåg att vissa aspekter som bortprioriterats var viktiga att behålla, exempelvis uppdelningen mellan vänskaps-, kärleks- och familjerelationer istället för en kategori benämnd relationer, samt att gradera betydelsen av livsområden. Fokusgruppens åsikter i dessa avseenden har följts i den andra omarbetningen, där både betydelse och överensstämmelse ska skattas. Det innebar att den grafiska presentationen åter ändrades till att i stort sett följa den svenska manualen. I Figur 3 beskrivs hur dessa förändringar sett ut.

4.3 Metodtrogenhet

Deltagarna i fokusgruppen ansåg att första omarbetningen generellt var i linje med metoden ERGT och att kärnkomponenterna bibehållits. Det lyftes reflektioner om att ERGT är teoritung med många olika begrepp som inte alltid är tydligt definierade. Ett förslag som framkom var att göra en ordlista med definitioner över de viktigaste begreppen och komponenterna i ERGT. Detta bedömdes falla utanför projektets tidsramar. Den befintliga beskrivningen av viktiga teman och terapeutisk hållning i inledningen av manualen bedöms vara tillräcklig. Till viss del kan behovet av förtydligande gentemot patienterna tillgodoses av de tillägg av fler vardagliga exempel som gjordes i andra omarbetningen.

Praktiska övningar

Deltagarna uttryckte generellt en positiv inställning till ett ökat antal praktiska övningar under sessionerna, och att detta var i linje med metodens betoning på upplevelsebaserat lärande (Gratz, 2016). Samtidigt lyfte deltagarna att det är viktigt att motivera vad övningarna ska tillföra så att behandlaren tydligt kan förmedla syftet med övningen till patienterna. Därför granskades och anpassades tillagda övningar på nytt i den andra omarbetningen för att säkerställa att ändamålet med dem var tydligt.

En övning i medveten närvaro som hämtats från DBT Skills System modifierades till andra omarbetningen efter fokusgruppens synpunkter om att det krävs en mer ingående beskrivning och återkommande övningar för att medveten närvaro ska bli meningsfullt för patienter. Samtidigt lyftes åsikten att en grundläggande färdighet i ERGT är att öka sin medvetenhet om sina känslor och därmed kunna välja hur man vill agera på dessa känslor. Med hjälp av fokusgruppens förslag utformades till andra omarbetningen en kortare och enklare övning med fokus på att identifiera känslornas tre komponenter (kroppsliga förnimmelser, tankar och impulser). Detta knyter an till den psykoedukation som förmedlats i tidigare sessioner och bedömdes mer förenligt med budskapet i den aktuella sessionen som är att medvetenhet om känslor är en färdighet som man kan öva på när som helst och så ofta som möjligt.

En övning i självmedkänsla som lagts till i första omarbetningen togs bort i andra omarbetningen. Fokusgruppen resonerade att självmedkänsla är ett omfattande begrepp som kräver övning över tid och därmed knappast fyller något syfte om övningen görs vid ett tillfälle utan vidare uppföljning.

Skam och skuld

En förändring som det rådde skilda åsikter om i fokusgruppen var införandet i första omarbetningen av psykoedukation om känslorna skam och skuld i session två, utöver de sex grundkänslor som tas med i manualen. På en del mottagningar hade man redan på eget initiativ skapat ett tillägsblad om skam och skuld. Det uttrycktes att även andra betydelsefulla känslor, till exempel intresse/nyfikenhet kunde ha lagts till. Det gavs också uttryck för farhågor om att känslorna skam och skuld skulle få för mycket utrymme om de fördes in tidigt i behandlingen samt att det kunde öka risken att patienterna får uppfattningen att skam med mycket självkritiskt tankeinnehåll är funktionellt.

Diskussionen utmynnande i förslaget att inkludera en kort introduktion till känslorna skam och skuld i session två, men inte fördjupa sig i dem förrän i session fem där mer komplexa känslor introduceras. Deltagarna resonerade kring vikten av att förmedla det centrala budskapet om att känslor har viktiga funktioner och behöver uppmärksammas. I den andra omarbetningen betonades därför känslors biologiska grund och funktionalitet, samtidigt som skuld och skam behölls med motiveringen att patienter ofta kämpar med just dessa känslor och att mer kunskap kan göra det lättare att förhålla sig till dessa och skilja på när de är funktionella eller inte.

Konsekvensmodifiering

I första omarbetningen gjordes en modifiering av känsloregleringsstrategin ”konsekvensmodifiering”. I manualen innebär strategin att patienten direkt efter ett självskadebeteende ska återgå till det känslotillstånd som föregick självskadan, i syfte att minska den lindrande effekt självskada ger. Strategin bygger på inlärningsteorins antagande att beteenden kan släckas ut genom att ta bort det som förstärker dem. Klinisk erfarenhet som delas av författarna och fokusgruppen är att konsekvensmodifiering sällan används av patienter, och i de fall som den gör det riskerar att bli bestraffande. Flera av deltagarna i fokusgruppen gör redan idag modifieringar i likhet med den som finns i första omarbetningen. Där ligger betoning på ett icke-dömande sätt att hantera bakslag som ger möjlighet till nyinlärning.

Resultatet illustrerar en begränsning i strikt tillämpning av inlärningsteoretiska principer vid komplexa beteenden som självskada. Nock (2009) beskriver att vidmakthållandet av självskada kan ske utifrån flera faktorer som samtidigt förstärker beteendet. Den fysiska smärtan eller stimulansen självskada ger kan i sig vara förstärkande, likaså att komma ifrån eller dämpa svåra känsloupplevelser. Att självskada effektivt kommunicerar lidande och hjälpbehov beskrivs som en annan vidmakthållande faktor

(Nock, 2009). Fokusgruppens modifieringar kan därmed ses som ett försök att förena teoretisk grund med klinisk realism.

5. Begränsningar med studien

En central begränsning är att den andra omarbetningen ännu inte har prövats i klinisk verksamhet. Fokusgruppens bedömningar baseras på professionell erfarenhet, men utan erfarenhet av hur materialet fungerar i faktiska behandlingssituationer finns begränsade möjligheter att uttala sig om dess effekter på metodtrogenhet, förberedelsetid eller patienternas förståelse och engagemang. Detta innebär också att inga slutsatser kan dras om huruvida omarbetningarna leder till de avsedda förbättringarna i beteendeförändring och upplevelsebaserat lärande.

En annan svaghet är att omarbetningen, trots ambitioner om språklig förenkling och minskad begreppsmängd, fortfarande resulterar i ett förhållandevis abstrakt material som kan vara krävande för vissa patientgrupper. Fokusgruppen lyfte även förbättringar, till exempel olika färger för olika sessioner, enhetlig sidfot i patienthandboken samt integrering av patient- och terapeutmaterial som inte kunnat genomföras på grund av projektets tid och tekniska resurser.

Vidare utgör fokusgruppens storlek en begränsning, och urvalet av deltagare kan ha påverkat vilka aspekter som lyfts fram. Erfarenhet av ERGT varierade mellan deltagarna, vilket i sig gav värdefulla perspektiv, men gör att vissa synpunkter kan spegla individuella behandlares arbetssätt snarare än generella behov i verksamheter.

5.1 Fortsatt utvecklingsarbete

Ett centralt nästa steg är att pröva materialet kliniskt för att utvärdera om syftet uppnås vad gäller minskad förberedelsetid för behandlare, metodtrogenhet och högre grad av upplevelsebaserat lärande. En sådan studie skulle även kunna belysa om materialet i

praktiken stöttar beteendeförändring på det sätt som eftersträvats i omarbetningen.

Flera av fokusgruppens visuella förbättringsförslag kvarstår som utvecklingsområden. Sidnumrering och avsnittsnamn har införts i sidfoten i terapeutmaterialet, men motsvarande justering av patienthandboken och färgmarkering i marginalen kräver teknisk kompetens som inte funnits inom ramen för detta projekt. Vad gäller att lägga in patienthandboken i samma dokument som terapeutmaterial bedöms det vara en fördel med att behålla dessa i separata kompendium för att kunna titta samtidigt i båda materialen.

Trots ansträngningar att använda ett enklare språk visar fokusgruppens synpunkter att ERGT fortsatt upplevs som teoritung och relativt kognitivt krävande, vilket talar för att ytterligare förenklingar kan behövas. Att ytterligare skala ner teorityngden, konkretisera övningar, minska begreppstäthet, utveckla fler vardagliga exempel och sammanställa en ordlista skulle underlätta för både behandlare och patienter och därigenom ytterligare stärka ERGTs praktiska genomförbarhet.

6. Slutsatser

Denna omarbetning av ERGT-materialet syftade till att öka visuellt och innehållsmässigt stöd för behandlare, tydliggöra metodens centrala komponenter och främja upplevelsebaserat lärande i sessionerna. Fokusgruppens synpunkter indikerar att det omarbetade materialet upplevs som mer överskådligt, lättnavigerat och pedagogiskt strukturerat. Minskad textmängd, tydligare rubriker, fler exempel, diskussionsfrågor och förbättrade övningar bedömdes bidra till att behandlare i högre utsträckning kan fokusera på beteendearbetade interventioner snarare än omfattande psykoedukation. Även förändringar i struktur och avgränsning mellan sessioner bedömdes ha potential att öka tydlighet och inlärning för patienterna.

Att lyfta fram kärnprinciper, anpassa hemuppgifter till sessionernas innehåll och förtydliga avsikten med olika övningar har också haft syftet att bevara och stärka förutsättningarna för behandlare att ge metodtrogen ERGT. Fokusgruppen ansåg att de centrala komponenterna i ERGT bibehållits och att omarbetningen överlag är förenlig med metodens intentioner. Samtidigt identifierades ett behov av ytterligare förtydliganden kring vissa moment, såsom hur känsloregleringsstrategier ska förklaras och användas och hur ändamålet med olika övningar bäst förmedlas till patienterna.

Sammantaget bedöms det omarbetade materialet ha potential att underlätta inläring för nya behandlare, att hjälpa behandlare att hålla struktur och fokus på kärnkomponenterna under sessionerna, samt understödja mer upplevelsebaserat arbete med ERGT i kliniska verksamheter. För medarbetare inom Region Skåne finns materialet tillgängligt på intranätet. Materialet kan också efterfrågas från rapportförfattarna.

Referenser

Bjärehed, J., & Lundh, L.G. (2012). *Behandling av självska debeteende - en preliminär kunskapssammanställning*. Nationella Självskadeprojektet.

Cohen, D. J., Crabtree, B. F., Etz, R. S., Balasubramanian, B. A., Donahue, K. E., Leviton, L. C., Clark, E. C., Isaacson, N. F., Stange, K. C., & Green, L. W. (2008). Fidelity Versus Flexibility: Translating Evidence-Based Research into Practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(5), S381–S389.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.08.005>

Dimblad Gonzalez, I. & Victorén, J. (2024) *Behandlares, handledares och utbildares upplevelser av arbete med Emotion Regulation Group Therapy ur ett implementeringsperspektiv* [magisteruppsats, Lunds universitet.]

Dyslexiförbundet (2019). *19 råd för att skriva begripligt*. Dyslexiförbundet.

Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192–205.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>

Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 25–35.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.03.002>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 26, 41–54.

<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Gratz, K. L., Levy, R., & Tull, M. T. (2012). Emotion regulation as a mechanism of change in an acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(4), 365–380.

<https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.4.365>

Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Extending research on the utility of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(4), 316–326. <https://doi.org/10.1037/a0022144>

Gratz, K. L., Tull, M. T., & Levy, R. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 44(10), 2099–2112.

<https://doi.org/10.1017/S0033291713002134>

Gratz, K. L. (2016). *Emotion Regulation Group Therapy - Vid självskadebeteende, Manual och arbetsblad*. Nationella självskadeprojektet.

Harris, R. (2020). *ACT helt enkelt: En introduktion till Acceptance and Commitment Therapy (2:a utgåvan)*. (Översatt av K. Pettersson) Stockholm: Natur och Kultur.

Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045–1056. <https://doi.org/10.1002/jclp.20412>

Kåver, A., & Nilsonne, Å. (2002). *Dialektisk Beteendeterapi vid emotionell instabil personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur & Kultur.

Linton, S., & Flink, I. (2011). *12 verktyg i KBT*. Natur & Kultur.

Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Lewis, G., Macleod, J., Tilling, K., & Gunnell, D. (2014). Clinical and social outcomes of adolescent self harm : population based birth cohort study. *BMJ: British Medical Journal*, 349. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5954>

Nock, M. K. (2009). Why Do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>

Nationella självskadeprojektet. (u.å). *ERGT och ERITA – nya behandlingsmetoder vid självskadebeteende*. <https://nationellasjalvskadeprojektet.se/forskningsrapporter-och-arkivmaterial/ergt-och-erita/>

Odelius, C., & Ramklint, M. (2014). *En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatri*. Uppsala universitet. <https://nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/06/Slutrapportprevalensm%C3%A4tning140410.pdf>

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007/2013). *Patientarbetsboken ERGT adherensskattning* (H. Sahlin Berg & J. Bjureberg, Övers.,

anpassad för Nationella självskadeprojektet, 2013) [PDF].
Nationella självskadeprojektet. (Original work published 2007).

Sahlin, H., Bjureberg, J., Gratz, K. L., Tull, M. T., Hedman, E.,
Bjärehed, J., Jokinen, J., Lundh, L.-G., Ljótsson, B., & Hellner,
C. (2017). Emotion regulation group therapy for deliberate self-
harm: A multi-site evaluation in routine care using an
uncontrolled open trial design. *BMJ Open*, 7(10), e016220.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016220>

Sweller, J. (2010). Element Interactivity and Intrinsic,
Extraneous, and Germane Cognitive Load. *Educ Psychol Rev* 22,
123–138. <https://doi.org/10.1007/s10648-010-9128-5>

Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating
nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological
and pharmacological interventions. *The Canadian Journal of
Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(11), 576–585.
<https://doi.org/10.1177/070674371405901103>

Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide
attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical
Psychology Review*, 34(4), 282–297.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>

Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-
meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and
how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77,
129–137. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.005>

Bilagor

Bilaga 1. Frågor/punkter till referensgrupp

Övergripande frågor om visuell struktur

- Generella reflektioner kring den visuella strukturen?
 - Att orientera sig i materialet?
 - Rubriksättning?
 - Vi har behållit originalrubrikerna för att kunna orientera sig i förhållande till ursprungsmanualen. Hjälpsamt?

Övergripande frågor om innehåll

- Generella reflektioner kring materialet? Förändringar de reagerat på etc?
- Hur påverkar materialet förutsättningarna att hålla sig till metoden ERGT?
 - Ett omfångsrikt resp mer kortfattat material att utgå från som behandlare medför olika svårigheter vad gäller att leverera metodtrogen, kvalitativ ERGT. Vilka för- och nackdelar finns med vårt material kontra manualen?
- Är materialet tillräckligt informativt eller har vi tagit bort för mycket text? Eller är det tvärtom fortfarande för mycket text? (I förhållande till tanken som beskrivs i manualen att kunskap inom ACT, DBT och flera andra terapimetoder bör finnas hos behandlaren.)
- Hur skulle materialet påverka er förberedelse som behandlare?
- Hur tror ni materialet påverkar vad gäller att minska psykoedukation, öka diskussion/övningar och därmed aktivitet från deltagarna?
 - Håller ni med om vår utgångspunkt att manualen försvårar aktivt deltagande? I så fall – vad har ni för andra förslag för att underlätta aktivitet?

- Gå en runda och hör efter hur hemuppgiftsgenomgångar görs i olika verksamheter. Förslag på hur man kan stärka engagemang och delaktighet mer i hemuppgiftsgenomgångarna?

Större specifika förändringar. Diskutera deltagarnas perspektiv på dessa.

Session 1

- Hemuppgiftsblad självskaderegistrering: Om noll impuls – skyddande faktorer? Ändras till om ej självskada - skyddande faktorer? För- och nackdelar med det?
- Teorin bakom ERGT beskrivs. Vi har lyft fram närmande och acceptans. Fråga till alla: Vad är det ERGT fokuserar på, vad är de huvudsakliga poängerna/mekanismerna (känsloreglering, men hur?)

Session 2

- Hur ser de på tillagt avsnitt om skam och skuld? Teoretiskt förenligt med ERGT?

Session 3–4

- Förändrad sessionsavgränsning mellan session 3 och 4. För- och nackdelar?

Session 2, 5

- Generellt har vi försökt lägga större fokus på defusion och delvis gjort om de övningar/delar som vi uppfattar handlar mer om kognitiv omstrukturering. Synpunkter?

Session 5

- Övning i självmedkänsla från Attention: tror ni att ni skulle använda den? Missar målet?

Session 7

- I Malmö har vi brukat stryka villighet i hemuppgiften eftersom det inte går igenom under sessionen och vi har gjort så i omarbetningen. Hur hanteras det på andra mottagningar?

Session 8

- Lagt till övning “Klar bild” från ERSS för att praktiskt öva medveten närvaro och acceptans. För- och nackdelar? Hänger Klar bild ihop med villighet som de ska öva på? Är villighet och medveten närvaro+acceptans olika saker? (Sebastian uttryckt åsikter. Förenligt med ERGT?)
- Tagit bort mätinstrumentmetaforen och ersatt med övning i acceptans från ACT. Fler idéer på hur villighet kan konkretiseras och provas under sessionen?

Session 9

- Slagit ihop övningarna “hälsosamma och effektiva sätt att reglera känslor” och “ohälsosamma sätt att reglera känslor” till en övning som mest liknar den sistnämnda. Syftet är att hinna lägga mer tid på att generera realistiska strategier för de situationer som är svåra för deltagarna.
- Hur använder ni bilagorna i sessionen/vid hemuppgiftsgenomgång? Kan de bättre integreras och gås igenom? (tidsaspekten)

Session 10

- Lagt till att be deltagarna om deras ex på impulsiva beteenden – risk att det blir triggande?
- Ersatt konsekvensmodifiering med Att hantera bakslag. För- och nackdelar med detta? Hur levereras på andra mottagningar?
- Vi uppfattar sessionen som löst kopplad till session 9 och konstig brygga till värderad riktning. Idéer om färdigheter att lägga till/justeringar som bättre fångar en bredd av beteenden?
- Distraction som det beskrivs här, är det något annat än distraction i session 9?
- Region Stockholm valt att lägga en extra session här. Uppfattningar om det?

Session 11

- Förändrade övningar och hemuppgifter i syfte att ge deltagarna ledning i att formulera sig i värderingstermer snarare än mål under sessionen, förenkla/förtydliga övningar och hemuppgifter, öka förutsättningarna att genomföra hemuppgift att formulera värderingar eftersom vi övat mer på det i sessionen.
- Övningen värderingar 1 upplevs förvirrande och kommer för tidigt så vi har ändrat ordning så piltavlan kommer efter man har börjat tänka på innehåll i resp livsområde. Aktivt formulera värderingar i sessionen för att få hjälp att "få in tänket". Övn livsområden innehåller färre områden så man får skriva om det som spontant känns viktigt istället för att krysta fram saker på områden som inte är så centrala för en. Piltavlan mer konkret =
- Mer tid åt att formulera värderingar med nya övningar för detta (Livsområden och Piltavlan)
- Andra hemuppgifter (90-årskalor + fortsatt arbete med sessionsuppgifterna)

Session 13

- Värderingar 6 har strukits och bytts ut mot övning: Att agera i värderad riktning (som går ut på att formulera värderade handlingar.) Vår tanke har varit att man under sessionen ska hinna prata med deltagarna om hur hinder kan undanröjas. För- och nackdelar med det?

Session 14 (inklusive session 15)

- Vi har slagit ihop session 14 och 15. Anledningen till det är att vi inte ser att 15 tillför något nytt. För- och nackdelar med detta?

Tidigare FoU-rapporter

Rapport 2/2026 Få hjälp vid depression som ungdom. 978-91-989048-4-0
Rapport 1/2026 Goda levnadsvanor för psykisk hälsa. 978-91-989048-3-3
Rapport 6/2025 Känslofällan. 978-91-989048-1-9
Rapport 5/2025 Leva med tinnitus-KBT. 978-91-989048-2-6
Rapport 4/2025 Hantera känslor. 978-91-989048-0-2
Rapport 3/2025 Digital korttidsfamiljebehandling. 978-91-989047-9-6
Rapport 2/2025 Orientering och förflyttning (O&F) för personer med dövblindhet. 978-91-989047-8-9
Rapport 1/2025 Digitala medier och barn och unga med autism. 978-91-989047-7-2
Rapport 7/2024 Digital psykoedukation vid adhd. 978-91-989047-6-5
Rapport 6/2024 Implementering av intensiv exponeringsbehandling för OCD. 978-91-989047-5-8
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 späd- och småbarnspsykiatri. ISBN 978-91-987657-6-2
Rapport 4/2022 Helydgvnsvård 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 dyskalkuli. 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 Mentaliseringssträning 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 rehabiliteringens arbetssätt. ISBN 978-91-7261-323-2

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

Rapport 8/2018 Basal kroppskännetid 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 Självsättning av delaktighet. ISBN 978-91-7261-314-0

Rapport 7/2017 Affektskola 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-hjälpmiddel. 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 Hjälpmiddel 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 kroppskännetid 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 CI... 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 hereditär 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 KomIgång 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 bolltäckare 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 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 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 Rehabilitering af børn i et familiecentreret 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 pekador 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 pekador som alternativ kommunikation? ISBN 91-7261-044-1

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

Rapport 1/2005 Hur taktill 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 Farvatten och blindskär i barnhabilitering. ISBN 91-7261-035-2

Rapport 1/2003 Barns upplevelser av delaktighet i sin rehabilitering. 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