

FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

FoU-rapport 2/2026

Få hjälp vid depression som ungdom

Utvärdering av Blended treatment i
familjekontext inom Bup öppenvård
och Första Linjen

Verksamhetsområde:	Barn- och ungdomspsykiatri (Bup) Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
Enhet:	Bup öppenvården Helsingborg, Bup Första linjen Helsingborg
Projektansvarig chef:	Linda Welin, verksamhetschef linda.welin@skane.se
Projektets medarbetare:	Sara Sköld, Leg Hälso- och sjukvårdskurator, Leg psykoterapeut, sara.skold@skane.se Linda Ekman Kunatowska, Leg Hälso- och sjukvårdskurator linda.ekman-kunatowska@skane.se
Ansvarig vid FoUU:	Stine Thorsted, fil dr, Hälso- och sjukvårds- strateg, kirstine.thorsted@skane.se
Utgivning:	Maj 2026
ISBN:	978-91-989048-4-0

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: Sköld, S. & Ekman Kunatowska, L. *Få hjälp vid depression*. FoU-rapport 2/2026, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

Sammanfattning

Depression drabbar inte bara vuxna utan förekommer även hos barn och ungdomar, men är oftare ett obehandlat tillstånd i denna grupp. För att minska risken för suicid och för fortsatta problem i livet är det viktigt att tidigt diagnosticera och behandla depression även hos barn och ungdomar.

Enligt de nationella riktlinjerna ska i första hand psykopedagogiska /psykosociala insatser erbjudas till ungdomar med depression. Bup Skåne har därför arbetat fram den psykosociala basbehandlingen "Få hjälp vid depression – ungdom. Behandlingen ges i blandat format", vilket betyder behandling både ansikte-mot-ansikte och med internetbaserade interventioner. Ett antal patienter och deras närstående svarade på utvärderingar om deras upplevelse av behandlingsprogrammet och på skattningar av mående och livskvalitet före och efter behandlingen. Journalgranskning har genomförts på uppstartade behandlingar. Det var endast ett litet antal ungdomar som svarade på skattningarna före och efter behandlingen. Resultaten tyder på att behandlingen har haft viss effekt. Det finns samtidigt ungdomar som har lätta eller måttliga depressionssymtom efter behandlingen. Journalgranskning visar att många inte bedömts ha behov av vidare psykologisk behandling för depression. Det samlade resultatet får tolkas med försiktighet då bortfallet från skattningar är stort. Resultatet visar även att behandlingen uppskattas av ungdomar och närstående.

Förväntad nytta för patienten är ett lättillgängligt och kvalitetssäkrat behandlingsalternativ vid depression.

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 psykosocial basbehandling i form av behandling i blandformat för ungdomar med depression studerats. Projektet har genomförts av leg. hälso- och sjukvårdskuratorerna Sara Sköld och Linda Ekman Kunatowska vid Bups öppenvård Helsingborg och Första linjen Helsingborg. Hälso- och sjukvårdsstrateg fil dr Stine Thorsted har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från enhetscheferna Jun Wizelius Fock och Lisbeth Olausson och verksamhetschef Linda Welin. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av medel för kvalitetssäkring.

Vi riktar ett tack till kollegor som varit med och tagit fram
behandlingen samt överläkare Susanne Remvall som varit delaktig i
framtagning och faktagranskning av behandlingen och
behandlarmanualen. Tack till sakkunniga Njördur Viborg inom
enheten för patientsäkerhet och Philippa Pernryd och till
Medieproduktion som utformat behandlingen i Stöd- och
behandlingsplattformen. Slutligen vill vi tacka
verksamhetsutvecklare Annika Nilsson som stöttat 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	7
1.1 Depression hos barn och unga.....	7
1.2 Behandlingsmetoder för ungdomar med depression.....	8
1.3 Tre sätt att förmedla behandlingen	9
1.4 Behandling av depression inom Bup och Första Linjen i Skåne.	12
1.5 Få hjälp vid depression – ungdom.....	13
2. Syfte.....	14
3. Metod.....	15
3.1 Beskrivning av behandlingsprogrammet	15
3.2 Beskrivning av studien.....	17
3.3 Materialinsamling	17
3.4 Deltagare	19
3.5 Analys	23
3.6 Etiska överväganden	23
4. Resultat	24
4.1 Upplevelse av behandlingen	24
4.2 Effekter av behandlingen	31
5. Diskussion	35
5.1 Metoddiskussion	39
6. Slutsatser.....	40
Referenser.....	41
Bilagor.....	44
Bilaga 1. Utvärdering till ungdomar	44
Bilaga 2. Utvärdering till närstående	45
Bilaga 3 Uppföljning behandlare	46
Tidigare FoU-rapporter	47

1. Bakgrund

1.1 Depression hos barn och unga

Depression förekommer hos 1-2 procent av barn i förskole- och skolåldern och är lika vanligt hos pojkar och flickor. Efter puberteten ökar förekomsten till 5-8 procent av alla barn- och ungdomar och ökningen är störst bland flickor (Svenska Barn- och Ungdomspsykiatriska föreningen, SFBUP, 2024).

Vanliga symtom på depression hos ungdomar är nedstämdhet, minskad glädje och intresse, irritabilitet, problem vid insomning eller ett ökat sömnbehov samt genomgående energiförlust. Problem med minne och koncentration är också vanligt och kan leda till sämre skolresultat. Även tankar kring att livet är meningslöst och känslor av hopplöshet förekommer vilket kan leda till tankar om att livet inte är värt att leva, tankar på suicid och självskada. Depressioner är därför allvarliga och kan leda till livshotande tillstånd (SFBUP, 2024). Det är också vanligt att personer som drabbas av depression har annan psykisk ohälsa som ångestsyndrom, tvångssyndrom, ätstörning, adhd, beteendestörning och posttraumatisk stress (Socialstyrelsen, 2021).

Beroende på depressionens svårighetsgrad kan ungdomens liv påverkas på flera sätt. För att minska risken för fortsatta problem i livet är det viktigt att tidigt diagnosticera och behandla depressionen (Socialstyrelsen, 2021). Av de unga som sökt vård för depression återinsjuknar ungefär hälften inom ett år och flertalet inom fem år. Ett av målen med behandling för depression är att minska svårighetsgraden i de fall ett återinsjuknande sker (SFBUP, 2024).

Depression hos unga är oftare ett obehandlat tillstånd jämfört med hos vuxna och ungdomar upplevs inte alltid nedstämda, vilket kan göra tillståndet svårare att upptäcka. För att kunna göra rätt bedömning krävs en förtroendefull relation till den unga och att riktade frågor kan ställas (SFBUP, 2024).

Hos personer med depression är det vanligt att ha dödstankar och depression är den viktigaste riskfaktorn för suicid (SFBUP, 2024). Eftersom risken för suicidförsök eller fullbordade suicid ökar vid depression är det viktigt att bedöma suicidrisken regelbundet hos personer med depression, både under bedömningsfasen och under fortsatt behandling (Socialstyrelsen, 2019).

1.2 Behandlingsmetoder för ungdomar med depression

Enligt nationella riktlinjer bör i första hand psykopedagogiska insatser erbjudas till ungdomar med depression (Socialstyrelsen 2021). Socialstyrelsen (2021) definierar psykopedagogisk behandling som en miljöbaserad behandling inriktad på både ungdomen och föräldrarna. Den består av tre moment: psykopedagogik som leder till självläkande processer genom att öka förståelsen för hur depression bibehålls och förstärks i vardagen och hur den kan brytas; identifiering av faktorer i vardagen och negativa erfarenheter som leder till ökad stress och i förlängningen nedstämdhet; mobilisera familjen till förändring av de problem och svårigheter som identifierats och etablera goda rutiner för sömn, vardagsaktiviteter och skola, samt hjälpa föräldrarna att minska bråk och krav på ungdomen i hemmet (Socialstyrelsen, 2021).

I andra sammanhang används begreppet psykosocial behandling för att beskriva samma innehåll (SFBUP, 2024; Goodyer, 2023). I psykopedagogisk/psykosocial behandling ingår psykoedukation om tillståndet, vilket innebär att öka förståelse för de depressiva symtomen samt hur de påverkar vardagen. I den fortsatta beskrivningen här används begreppet psykosocial behandling. Den psykosociala behandlingen ges i familjekontext vilket innebär att behandlingen riktar sig både till barnet eller ungdomen och dennes närstående. Dessutom handlar den psykosociala behandlingen om att förstå hur depressiva symtom förstärks och vidmakthålls. På ett strukturerat och problemlösande sätt får ungdomen stöd i att återta goda vanor, öka sin aktivitetsnivå, anpassa krav i t.ex. skolan och få

ett stöttande familjeklimat. I förändringsarbetet är föräldrarna ett viktigt stöd till ungdomen (Socialstyrelsen, 2019).

Psykosocial behandling är för många ungdomar tillräcklig för att tillfriskna från depressionen. Behandlingen kan kombineras med eller ersättas av annan behandling om ungdomen inte svarar på behandlingen inom 4–8 veckor. Beroende på behov kan ungdomen erbjudas andra eller ytterligare insatser, såsom behandling med antidepressiva läkemedel och psykologisk behandling.

Rekommenderad psykologisk behandling är då KBT eller IPT (Uppdrag psykisk hälsa, SKR, 2019).

1.3 Tre sätt att förmedla behandlingen

Psykosocial- och psykologisk behandling kan förmedlas på olika sätt. Traditionellt har behandlingen skett på en mottagning, i möte ansikte-mot-ansikte med en behandlare, men behandling kan även ges digitalt (Andersson, Carlbring m.fl., 2019). Vård på distans har provats i pilotprojekt, reguljär vård och forskning i Sverige sedan mitten av 1990-talet. Internetbehandlingar, som är en slags vård på distans, var i början synonymt med kognitiv beteendeterapi (KBT) i form av internet KBT(IKBT), men med tiden har metoderna blivit fler (Edbacken & Vernmark, 2021). Idag finns god evidens för IKBT och flera studier har visat likvärdiga behandlingseffekter jämfört med sedvanlig KBT (Andersson & Carlbring 2017; Andersson & Titov, 2014). Två forskningsstudier har också genomförts med internetförmedlad psykodynamisk terapi för ungdomar med depression vilka båda visar på goda resultat. (Mechler m.fl., 2024).

IKBT består av samma delar som när de utförs ansikte-mot-ansikte men har anpassats till det digitala formatet och kan ges med mer eller mindre behandlarstöd. I internetbaserade behandlingar med behandlarstöd har patienten tillgång till en egen behandlare som vägleder och ger stöd och öppnar upp nya behandlingsdelar för patienten att ta del av efter hand (Hedman m.fl., 2014).

Forskning har visat att behandling förmedlad via internet har flera fördelar för patienterna, till exempel att den är mer tillgänglig när den inte är beroende av geografisk plats (Andersson & Titov, 2014; Hedman m.fl., 2014; Woods m.fl., 2017). Eftersom den inte kräver lika omfattande tid från terapeuten är det även en resurseffektiv behandling vilket gör det möjligt för fler personer att få tillgång till evidensbaserad behandling (Andersson & Titov, 2014). Även för personer som av olika anledningar inte önskar behandling ansikte-mot-ansikte kan internetbehandling vara ett sätt att ändå tillgodogöra sig behandling. Många kan uppleva att det är hjälpsamt att kunna ta till sig materialet i lugn och ro och vid den tid som passar dem (Andersson & Titov, 2014).

Forskning beskriver också nackdelar med internetbehandling. En sådan är att många behandlingar via internet ofta är diagnosspecifika och inte tar hänsyn till samsjuklighet (Andersson & Titov, 2014). Det är svårare att göra behandlingarna individanpassade eller att anpassa efterhand då de ges via givna moduler i ett internetbaserat program (Woods m.fl., 2017). IKBT ställer krav på att patienter kan språket och dessutom kan läsa och skriva. Jämfört med behandling ansikte-mot-ansikte ställs också högre krav på självreflektion och förmåga att kunna uttrycka sig i ord. Vidare kan det vara svårare för behandlare att bedöma risk för suicid eller kriser av olika slag då alla ickeverbala ledtrådar uteblir (Erbe, m.fl., 2017).

En annan viktig faktor för att behandling ska bli framgångsrik är alliansen mellan terapeut och patient, oavsett terapeutisk inriktning. Forskning om alliansens betydelse görs på IKBT-området och visar att det går skapa goda terapeutiska relationer även i dessa behandlingar (Edbacken & Vernmark, 2021). En svensk studie som berör allians i internetbehandlingar för ungdomar med depression, undersökte om alliansen kunde predicera utfall vecka för vecka i två internetbaserade behandlingar. Resultaten visade att styrkan i alliansen, skattat av både terapeut och patient, kunde predicera graden av depression påföljande vecka, vilket stödjer hypotesen att alliansen spelar en

viktig roll även i internetbaserade behandlingar (Lindqvist m.fl., 2023).

Blended treatment, eller “behandling i blandat format” på svenska, brukar idag definieras som de behandlingsprogram som innehåller både fysiska samtal och internetbaserade interventioner (Erbe m.fl., 2017). Behandling i blandformat kan till exempel vara internetbaserade behandlings-komponenter blandade med sessioner ansikte-mot-ansikte, videosamtal eller chatt. Genom den forskning som gjorts på området har det blivit tydligt att det personliga stödet och kontakten med behandlare är viktigt för att den som går i behandling ska bibehålla motivation och uppleva förbättring (Edbacken & Vernmark, 2021). Idag finns det stöd för att internetbaserad behandling bör förmedlas med någon form av behandlarstöd för att ge likvärdig effekt som behandling ansikte-mot-ansikte (Andersson & Carlbring, 2017). Richards och Richardson (2012) metaanalys visade att internetbaserade psykologiska behandlingar har effekt och ger minskade symtom på depression samt att behandlarstödda interventioner gav bättre utfall och minskad risk för återfall.

Behandling i blandformat kan delas in i integrerade och sekventiella (Ly m.fl., 2021). I integrerade behandlingar i blandformat varvas fysiska sessioner med digitala komponenter. I sekventiell blandad behandling ges de digitala komponenterna efter varandra, men inleds eller avslutas med fysiska samtal. Vanligtvis är antalet fysiska sessioner färre än de är i vanlig psykologisk behandling för att det ska ge kostnads- och resurseffekter (Ly m.fl., 2021).

I Sverige har det på senare år gjorts en studie inom forskningsprojektet ERiCA med behandling i blandformat för ungdomar med depression där online-moduler blandats med chattsessioner med behandlare. Behandlingarna som jämfördes grundade sig på kognitiv beteendeterapi respektive psykodynamisk terapi och visade att de olika inriktningarna hade goda och likvärdiga effekter (Mechler m.fl., 2022).

Inom Barninternetprojektet (BIP) vid Karolinska institutet har en forskargrupp utvärderat effekten av en behandling i blandformat bestående av moduler och videosessioner för barn och unga med social fobi. Forskarna fann att antalet avhopp var lägre än vid vanlig internetbehandling. Behandlarnas upplevelse var att formatet krävde mer planering men var mer belönande och det var lättare att fånga sådant som behövde justeras. Det var även lättare att rekrytera till blandformatet och deltagarna uttryckte att det kändes bra att veta att patienterna skulle få träffa behandlaren "på riktigt" (Ly m.fl., 2021).

1.4 Behandling av depression inom Bup och Första Linjen i Skåne

Den ökade förekomsten av psykisk ohälsa hos barn och unga är påtaglig inom Bup och många söker för bedömning, utredning och behandling. I Bup Skåne finns standardiserade vårdprocesser som är vägledande för utredning och behandling och syftar till att säkerställa god och likvärdig vård. Den standardiserade vårdprocessen (SVP) för depression beskriver hur stegvis utredning och behandling bör gå till. För ungdomar som söker till Bup görs en bred kartläggning av symtom och funktionsnivå inom olika delar av livet så som skola, fritid, hemmiljö, sömn, kost samt familjesituationen. För att kunna fastställa om ungdomen uppfyller kriterier för depression kartläggs vilka depressiva besvär hen upplever och i vilken omfattning.

Som en första insats efter ställd depressionsdiagnos rekommenderas i SVP för depression en psykosocial behandling i familjekontext. Vid utebliven förbättring bör farmakologisk behandling erbjudas och/eller specifik psykoterapeutisk behandling.

Rekommendationerna är då KBT enskilt eller i grupp eller IPT, Interpersonell psykoterapi (SVP Depression, Bup).

Då första-steps-behandling för depression sett olika ut på olika mottagningar har Bup Skåne arbetat med att ta fram ett behandlingsmaterial för psykosocial basbehandling. I denna ingår ett skriftligt psykoeducativt material om depression samt vad familjerna

själva kan göra för att börja vända den depressiva spiralen, samt ett material som riktar sig till närstående med bland annat råd kring bemötande.

När familjerna tagit del av detta ska en psykosocial basbehandling i familjekontext inledas. Detta har hittills inneburit en behandling ansikte-mot-ansikte på en mottagning, enskilt eller i grupp.

1.5 Få hjälp vid depression – ungdom

Bup Skåne arbetar på flera olika plan för att möta den generellt ökade efterfrågan av Bup:s insatser. Digital omställning är en del av Region Skånes övergripande arbete där internetbehandling, e-tjänster och annan digitalisering av vården är några av de områden som är under utveckling. Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har antagit en vision som säger att Sverige ska vara bäst i världen på e-hälsa år 2025 (Regeringskansliet, Socialdepartementet och SKR 2016). Region Skåne har i sin tur en vision om att bli den ledande regionen i denna utveckling och menar att ökad digitalisering skulle säkerställa en tillgänglig, jämlik och god vård (Region Skåne, 2016).

Bup Skåne har därför arbetat fram den psykosociala basbehandlingen Få hjälp vid depression – ungdom som ska kunna erbjudas vid Bup:s olika vårdnivåer med varierande grad av blandformat utifrån den enskilda patientens behov.

Arbetet med Få hjälp vid depression – ungdom har skett i samverkan mellan olika delar av verksamheten och letts av Bup Skåne Regional stabs verksamhetsutvecklare. Erfarna kliniker, med olika professioner, alla verksamma inom Bup Skåne har tillsammans arbetat fram innehållet i den digitala behandlingen samt format ett upplägg för hur den digitala behandlingen ska förenas med fysiska samtal i ett blandformat. Medieproduktion har tillsammans med gruppen av kliniker tagit fram det digitala materialet och skapat bilder, filmer och på andra sätt gjort materialet tillgängligt för vår unga målgrupp.

Med Få hjälp vid depression – ungdom i blandformat vill Bup Skåne utöka utbudet av behandlingsformat. Behandlingen ska kunna ges med varierande grad av fysiska samtal utifrån den enskilda patientens behov, i enlighet med verksamhetsrådets mål att erbjuda personcentrerad vård. Behandlare måste under behandlingens gång träffa ungdomarna fysiskt och kontinuerligt göra suicidriskbedömningar. Det är även avgörande att träffa ungdomen för att bekräfta det som fungerar och för att kunna öka ungdomens motivation till förändring.

Några studier har gjorts av behandling i blandformat med KBT vid depression hos ungdomar (Rasing ,2021), men inga studier har utvärderat psykosocial basbehandling i formatet digital- eller blandad behandling för depression hos ungdomar. Studien bedöms därför vara viktig för att bidra till effektiva insatser av hög kvalitet inom Bup. För att utvärdera behandlingsprogrammet och blandformatet har denna pilotstudie genomförts.

2. Syfte

Syftet med studien är att prova och utvärdera hur patienter, närstående och behandlare upplever behandlingen Få hjälp vid depression – ungdom i blandformat samt att utvärdera vilken effekt behandlingen har på depressionssymtomen-

3. Metod

Studien bygger på enkäter till ungdomar, deras närstående samt behandlare om hur de upplever Få hjälp vid depression – ungdom, på skattningar av effekt samt på journalgranskning.

3.1 Beskrivning av behandlingsprogrammet

Behandlingsprogrammet Få hjälp vid depression är en psykosocial behandling vid depression som utvecklades av medarbetare och sakkunniga inom Bup Skåne och färdigställdes i slutet av 2023. I programmet ingår en behandlarmanual. I denna beskrivs ett grundupplägg för behandling i blandformat med ett minimum på tre fysiska samtal, så som beskrivet ovan. Vidare ingår beskrivning för den digitala delen av behandlingen, både praktiska instruktioner för hantering av programmet, registreringar och journalföring samt hur meddelandefunktionen bör användas.

Behandlingen ges i familjekontext. Den bygger på ett antal bärande komponenter för behandling av depression hos ungdomar med fokus på områden som vanligtvis vidmakthåller depression såsom till exempel skola, rutiner eller familjeklimat. Inom de olika fokusområdena identifieras stressorer och familjen mobiliseras till förändring av de problem och svårigheter som identifierats. Behandlingen är utformad i ett blandformat med den digitala delen genom Vårdguidens e-tjänst Stöd och behandling (SOB) och den fysiska delen i form av samtal med behandlare inom Barn- och ungdomspsykiatri.

Det digitala programmet har utformats som sju olika moduler, varav en är introduktion och en är sammanfattning och planering framåt. De övriga områdena är sömn, aktivering, skola, familj samt oro och svåra tankar och känslor. Dessa fem moduler handlar var och en om områden som ofta är påverkade vid depression samt vidmakthåller depressionen. Varje modul ger kunskap om vad som inom just det området kan vidmakthålla depressionen, reflektionsuppgifter för

ungdom och närstående att göra tillsammans samt råd kring förändringar. Modulerna ska kunna individualiseras så att det område som är viktigast för den enskilda patienten att börja arbeta med kommer först. Om något område inte är aktuellt att arbeta med kan modulen öppnas för att göra psykoeducationen tillgänglig men fokus behöver då inte ligga på att arbeta med modulen. I modulerna ges information genom text, bild, film och ljudfiler för att skapa variation och lättillgänglighet.

Utgångspunkten är att ungdomen och närstående gör modulerna tillsammans. Programmet betonar i flera delar närståendes ansvar för att få till en behandlingsframgång. För att behandlingen ska kunna genomföras och ungdomen ska känna sig trygg med att arbeta med de digitala delarna av behandlingen i hemmet, krävs att familjen inte har allt för hög konfliktnivå. Behandlingen förutsätter också att ungdomen har tillgång till mobil, surfplatta eller dator med internet samt Bank ID.

Inför behandlingsstart görs en individuell bedömning för varje patient där också planering görs för antalet fysiska samtal. Som minimum rekommenderas ett samtal vid uppstart och avslut samt ett i mitten av behandlingen. Vid ökad allvarlighetsgrad eller för familjer som har svårare att på egen hand genomföra behandlingen kan ett ökat inslag av fysisk behandling användas. Vid lindrig depression och för patienter i ett välfungerande sammanhang kan behandlingen i större utsträckning göras digital. Även vid hög frekvens av fysiska samtal kan den digitala behandlingen fungera som ett komplement och ha en stödjande funktion. Redan innan den psykosociala basbehandlingen påbörjas har alla patienter och deras närstående fått ta del av viss psykoeducation gällande depression.

3.2 Beskrivning av studien

Behandlingen har provats i en pilotstudie på tre mottagningar inom Bup Skåne. Pilotstudien genomfördes på Första Linjen mottagningarna i Helsingborg och Malmö samt på Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Helsingborg. Pilotstudien i sin helhet pågick under perioden november 2023 – februari 2026. Den kan delas in i två delar, en i perioden november 2023 - oktober 2024 och en i perioden januari 2025 - februari 2026. Då den första delen av pilotstudien inte gav tillräckligt många effektmått förlängdes piloten med ytterligare en period. Rekrytering av behandlare påbörjades under hösten 2023. Under pilotstudiens gång har några behandlare lämnat och andra tillkommit. Projektansvariga medarbetare utformade, i samråd med sakkunniga, en behandlingsmanual och riktlinjer för pilotstudien. Alla behandlare som var med i början av pilotstudien deltog i en dags utbildning och workshop, som projektansvariga medarbetare höll i, för att lära sig hur behandlingen och utvärderingen skulle genomföras. De behandlare som tillkommit efter start har fått individuell utbildning. Därefter påbörjades behandlingen Få hjälp vid depression – ungdom efterhand som lämpliga patienter identifierades. Under pilotstudiens gång har projektansvariga medarbetare erbjudit konsultation till behandlare.

3.3 Materialinsamling

Studien bygger på upplevelsemått, effektmått samt journalgranskning. Upplevelsemått från patienter, närstående och behandlare har samlats in under november 2023 till oktober 2024. Effektmåtten har samlats in via Bup:s uppföljningsprogram AmniCare (fd Blåappen). Utvärderingarna till ungdomar (Bilaga 1) och närstående (Bilaga 2) handlade om upplevelsen av blended treatment och om innehållet i modulerna. Frågorna hade slutna och öppna svarsalternativ. Formulär till ungdomar och närstående lämnades ut i samband med det sista fysiska samtalet. Behandlarna fyllde i en uppföljning efter varje patient för att samla in information om

patienternas diagnos, ålder, längd på behandling och hur rekommenderat upplägg följdes (Bilaga 3). Behandlarna fyllde i formulären digitalt.

Utfallsmått i form av skattningar i Amni Care till både patient och närstående ingick även i undersökningen. Skattningarna som användes för både patient och närstående var KIDSCREEN-10 (KIDSCREEN Group, 2004), RCADS-25 (Revised Children's Anxiety and Depression Scale; Chorpita m.fl., 2000), MADRS-S/F (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; Svanborg & Åsberg, 1994). Skattningarna skickades ut vid uppstart och vid avslut av behandlingen. MADRS-S/F skickades också automatiserat ut vid ett tillfälle 28 dagar efter uppstart.

KIDSCREEN-10 är den kortaste versionen av KIDSCREEN och mäter generell livskvalitet hos barn och unga under 18 år (KIDSCREEN Group, 2004). Enligt KIDSCREEN definieras låg nivå på livskvalitet som poäng färre än 40 poäng, medelnivå mellan 41 och 59 poäng och hög nivå som fler än 60 poäng.

RCADS-25 är ett självskattningsformulär med 25 frågor för barn/unga (8–18 år) som mäter symptom på ångest och depression (Chorpita m.fl. 2000). Poängen beräknas och kategoriseras enligt nedanstående.

- < 65: Låg till måttlig svårighetsgrad. Normalt intervall eller lindriga symptom.
- 65–70: Gränsvärde.
- 70: Klinisk nivå. Indikerar att symptomen ligger över den kliniska gränsen

MADRS-S/F är ett självskattnings-formulär som syftar till att ge en bild av det nuvarande sinnestillståndet. Instrumentet innehåller nio påståenden om tillstånd/känslor och den svarande ombeds gradera i vilken utsträckning dessa känns av de senaste tre dygnen (Svanborg &

Åsberg, 1994). Poängen beräknas och kategoriseras enligt nedanstående

- 0–12 poäng: Ingen eller mycket lätt depression
- 13–19 poäng: Lätt depression
- 20–34 poäng: Måttlig depression.
- 35 poäng: Svår depression

En journalgranskning gjordes i samband med att övriga mått sammanställdes och startade program i AmniCare jämfördes med uppstarter enligt journalanteckningar i Melior. Dessutom registrerat antal fullföljda behandlingar samt om patienterna har bedömts behöva ytterligare psykologisk behandling för depression efter Få hjälp vid depression- ungdom.

3.4 Deltagare

Inklusionskriterierna för ungdomarna att delta var följande:

- Diagnos: lindrig depression, medelsvår depression, blandade ångest- och depressionstillstånd
- 13-17 år
- Tala och läsa svenska
- Tillgång till dator, smartphone eller läsplatta och internet med Bank ID eller Freja Id

Exklusionkriterierna var:

- Förhöjd suicidrisk eller hög konfliktnivå i familjen.
- Utsatthet pga familjesituation i en digital behandling med närstående.
- Närstående bör ej få tillgång till patientens 1177, pga risk att vårdkontakter eller journaluppgifter röjs som föräldrarna inte känner till.

Patienter från Första Linjen i Helsingborg och Malmö samt specialist Bup Helsingborg ingick. På Första Linjen rekryterades patienter i

direkt anslutning till nybesök och BUD (Barn- och ungdomspsykiatrisk utredning och diagnostik). På Bup skedde rekrytering både direkt från nybesök och BUD samt från väntelista. Urvalet gjordes enligt bekvämlighetsprincipen på så sätt att patienter som kom till mottagningarna eller identifierades på väntelistor valdes ut att delta. Närstående till inkluderade ungdomar ingick.

Behandlare rekryterades utifrån intresse och bestod av kuratorer och psykologer. Inledningsvis planerades för att tre behandlare från Första Linjen och fem från Bup skulle genomföra tre behandlingar var inom ramen för studien. Under pilotens gång har flera behandlare slutat på grund av förändrade arbetsuppgifter eller för hög arbetsbelastning. Efterhand har nya behandlare tillkommit. Projektansvariga behandlare genomförde sammanlagt tre behandlingar. I dessa fall har patienterna inte känt till att behandlare varit den som tagit fram programmet och projektansvariga har inte heller fyllt i utvärderingsenkät för behandlare. Däremot har patient och närstående svarat på skattningar samt lämnat utvärdering även i dessa fall.

Enligt upplägget i den första delen av pilotstudien lämnade även behandlarna in utvärdering efter varje behandling. Av de elva behandlingar som genomfördes i del 1 lämnades utvärdering in gällande tio behandlingar – sex från Första linjen och fyra från Specialist Bup. Av utvärderingarna framgår att tre ungdomar hade diagnosen F320 Lindrig depressiv episod, fyra hade diagnosen F329 Ospecificerad depressiv episod och två hade F412 Blandade ångest- och depressionstillstånd. För en patient fanns ingen angiven diagnos. Fyra av ungdomarna var 13-14 år, två var 15-16 år och fyra var över 17 år.

Sammanlagt deltog fem behandlare under del 1. De genomförde mellan en och fyra behandlingar var. Det inkom fyra utvärderingar från behandlare. I pilotstudiens del 2 har inga utvärderingar från behandlare samlats in.

Under perioden november 2023 till augusti 2025 har Få hjälp med depression startats för 53 individer i Stöd- och behandlingsplattformen. Av dessa 53 är en del patienter, några anhöriga och några behandlare. För 15 av dessa är behandlingen inte registrerad som avslutad och gallrad i Stöd- och behandlingsplattformen under våren 2026. Enligt journalgranskning är dock alla behandlingar avslutade.

Sammanlagt har 30 patienter påbörjat behandlingen Få hjälp vid depression-ungdom. I AmniCare finns 35 startade skattningspaket, av dessa är fem öppnade på patienter som inte har fått behandlingen Få hjälp vid depression. Mest sannolikt har startpaketet öppnats av misstag. En av dessa fem öppnades innan del 1 av piloten startades och finns i Amni Care registrerad som "aborted".

I SoB finns 53 öppnade program. Differensen mellan antal öppnade program i SoB och uppföljningar i AmniCare kan förklaras med att SoB är startat unikt på både patient och föräldrar, medan systemet i AmniCare lägger ihop patientens och föräldrarnas skattningar i en "patientfil".

Bland de program som inte gallrats kan en annan felkälla identifieras nämligen att behandlare öppnat programmet i invånarvyn och därmed registrerats som patienter.

I journalgranskning framkommer att av de 30 startade behandlingarna har tolv startats på Första Linjen och 18 på specialistbup. Fördelningen ses i Tabell 1.

Tabell 1. Startade behandlingar

	2023	2024	2025	Summa
Första Linjen	1	4	7	12
Specialistbup	0	6	12	18
Summa	1	10	19	30

Av de 30 ungdomar som har startat behandling har 20 fullföljt¹, tio på Första Linjen och tio på specialist-bup. På Första linjen avbröts två behandlingar, en patient bedömdes behöva annan vård på grund av försämrat mående och en ville inte fortsätta digital behandling. På specialist-bup avbröts åtta behandlingar, en på grund av patientens förbättrade mående, en patient ångrade sig och påbörjade aldrig behandlingen, två bedömdes behöva annan vård på grund av försämrat mående, en avbröts på grund av behandlares sjukdom och tre ville inte alls fortsätta med digitala inslag. I resultatet ingår behandlarnas bedömning av behov av fortsatt vård så som det framgår av journalanteckningarna på de 20 patienter som fullföljt behandlingen.

Tio patienter har svarat på skattningar vid behandlingens avslut och av dessa hade åtta svarat på skattningarna vid behandlingens start.

Tabell 2. Uppgifter om ungdomars start- och avslutspaket i AmniCare

	Startats i Amni Care	Svarat på PROM vid start	Svarat på PROM vid avslut
2023-2024	17	14	4
2025	18	12	6
Summa	35	26	10

¹ Som fullföljda behandlingar räknas de som har uppstartssamtal och avslutsamtal. I fullföljda behandlingar finns variation i hur mycket stöd i form av fysiska samtal som behövts, men behandlingen har fortsatt med både digitala och fysiska inslag.

Motsvarande siffror för närstående ses i Tabell 2 nedan.

Tabell 3. Uppgifter om närståendes start- och avslutspaket i AmniCare

	Förälder ingår i AmniCare	Förälder svarat på PROM vid start	Förälder svarat på PROM vid avslut
2023-2024	14	14	1
2025	14	14	8
Summa	28	14	9

Det är endast föräldrar med barn som har fullföljt behandlingen som ingår i undersökningen av upplevelsemått. Därför är det endast åtta av de nio föräldrarna i tabell 3 som redovisas i Resultat.

Skattningarna om upplevelsen av behandlingen (PREM) har besvarats av åtta ungdomar och sju närstående. I några fall fick enkäterna skickas hem till familjerna i efterhand, vilket ledde till ett visst bortfall.

3.5 Analys

Svaren från utfalls- och upplevelsemått och journalanteckningar redovisas med beskrivande statistik. Fritextsvar tematiseras och har belysts med illustrerande citat.

3.6 Etiska överväganden

Deltagarna är anonyma i utvärderingarna. Ungdomarna och deras närstående fick skriftlig och muntlig information om studien innan behandlingen påbörjades. De fick också information om att deras uppgifter skulle aidentifieras i all rapportering, att deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. De skattningar som patienterna fyllt i avseende mående var kända för respektive behandlare för att säkerställa att patienten fick rätt vård.

För att upprätthålla anonymiteten gentemot behandlare fick patienter och närstående fylla i enkäterna utan att behandlare fanns i rummet och lämnade sedan dessa i igenklistrat kuvert i receptionen.

Inför journalgranskning har projektets medarbetare fått godkännande för detta av verksamhetschef.

4. Resultat

Resultatet beskriver först behandlarnas uppföljning av behandlingen och sedan ungdomarnas och de närståendes utvärderingar av behandlingen. Därefter beskrivs resultat baserat på effektmått.

4.1 Upplevelse av behandlingen

Resultatet beskriver först behandlarnas uppföljning av behandlingen och sedan ungdomarnas och de närståendes utvärderingar av behandlingen. Därefter beskrivs resultat baserat på effektmått.

4.1.1 Behandlares planering av behandlingen

Behandlingen är flexibel utifrån ungdomens behov men i behandlarmanualen rekommenderas ett samtal vid uppstart, ett ungefär halvvägs in i behandlingen och ett vid avslutning av behandling. Tabell 4 beskriver hur behandlarna har lagt upp behandlingen, så som det beskrivits i utvärderingarna.

Tabell 4. Antal planerade och genomförda fysiska träffar utöver uppstart- och avslutningsträff. n=10.

	Noll	En	Två	Tre	Fyra	Fem
Planerade antal träffar	1	8	1			
Antal genomförda träffar		4	0	2	2	2

Tabell 4 visar att de flesta behandlare planerade ytterligare något samtal med ungdomen utifrån det bedömda behovet. Motiveringarna till detta var bland annat att ungdomen hade svårt att ta till sig det digitala materialet och att det “behövdes extra avstämning för att bedöma om behandling kunde/borde avslutas och om andra insatser var av relevans”. För två av patienterna behövdes det kontakt på annat sätt än meddelanden och fysiska träffar vid ett tillfälle och för en patient behövdes det kontakt på annat sätt vid tre tillfällen.

För åtta patienter (av de 11 som ingick i pilotstudiens del 1) använde behandlarna alla sju modulerna och för en användes inte alla och en har inte svarat. För en av patienterna användes modulerna i den ordning de kommer i programmet och för åtta av patienterna användes de i en annan ordning och en har inte svarat.

Tabell 5. Behandlingens längd. n=9.

Mindre än sju veckor	Åtta till nio veckor	Tio till tolv veckor	Mer än tolv veckor
2	2	4	1

Tabell 5 visar att behandlingen varade som längst tolv veckor. Efter Få hjälp vid depression – ungdom i blandformat kunde fem av åtta avslutas utan vidare insatser, vilket tyder på att depressionssymtomen var i full eller partiell remission. Den kliniska bedömningen vid avslutning ledde till att två ungdomar bedömdes behöva andra insatser från Bup efter avslutad behandling. Från en behandlare saknas svar.

Då underlaget från behandlares sammanvägda utvärdering blev för litet kan det inte redovisas. Däremot redovisas svaren från de behandlar-enkäter som fylldes i efter varje avslutad behandling. I dessa framgår att behandlarna i stor utsträckning använde möjligheten till den flexibilitet som behandlingen erbjuder. Vid sex av åtta behandlingar öppnades modulerna i en annan ordning än

grundstrukturen. Vid fem av behandlingarna träffade behandlaren patienten för fysiska samtal mer än de tre tillfällen som rekommenderas som minimum.

4.1.2 Ungdomars upplevelse av behandlingen

Under denna rubrik beskrivs ungdomarnas upplevelse av behandling i blandformat samt upplevelsen av de fysiska och digitala komponenterna i denna. Även användbarhet och upplevelse av modulerna i den digitala delen belyses.

Tabell 6. Ungdomars upplevelse av blended treatment. n=8

Hur upplevde du...	Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra	Vet ej
att ha kontakt med behandlaren digitalt via meddelandefunktionen	0	1	1	4	0	2
att träffa behandlaren	0	0	0	2	6	0
att behandlingen bestod både av träffar med behandlaren och digital kontakt till behandlaren	0	0	2	0	5	1
att arbeta med modulerna hemma	1	1	2	2	2	

Tabell 6 visar att de flesta tyckte det var ganska bra eller mycket bra att arbeta med modulerna hemma samt att behandlingen bestod av både digital och fysisk kontakt med behandlaren. Några beskrev fördelar med att kunna arbeta med de digitala delarna då det passade och när man själv ville. Vidare uttrycker ungdomarna att de digitala delarna innehöll mycket information.

Samtliga ungdomar tyckte också det var ganska bra eller mycket bra att träffa behandlaren. Flera svar innehöll formuleringar som kan tolkas som att ungdomarna uppskattade att få prata med någon, att få prata av sig samt att få prata om sådant man inte kan skriva i meddelandefunktionen.

Att man kan prata med varandra om saker som man inte kan skriva på datorn.

Det var bra eftersom man fick prata med behandlaren men man fick också ta tid för att tänka efter med digitala insatser.

Ungdomarnas upplevelse av det blandade formatet är positiva och samtliga tyckte att det var särskilt positivt att få träffa behandlaren.

Det digitala var bra eftersom det var så informerande medan det fysiska var bra eftersom jag fick prata ut mig och få råd/hjälp.

En viktig del av Få hjälp med depression – ungdom är att arbeta med relevanta förändringar för att förbättra måendet. Samtliga ungdomar tyckte att de fått tillräckligt stöd från behandlaren för att kunna arbeta med de förändringarna.

Motsvarande tyckte hälften av ungdomarna att de fått tillräckligt stöd från modulerna för att kunna arbeta med förändringarna. Samtidigt som någon uttrycker att:

Den digitala behandlingen gav inte så mycket.

Det fysiska finns det inget att klaga om.

Ungdomarna tog även ställning till innehållet i de fem modulerna.

Tabell 7. Ungdomars upplevelse av modulerna. n=7-8

Vad tyckte du om modulen:	Mycket dåligt	Ganska dåligt	Mellan	Ganska bra	Mycket bra
Skola			5	2	1
Levnadsvanor		2	1	4	1
Familj			3	1	3
Aktiviteter		1	2	2	2
Oro och svåra tankar och känslor			1	4	2

Tabell 7 visar att modulerna i den digitala delen av behandlingen hos majoriteten upplevdes som överlag positivt, från “mellan” till “ganska bra” och “mycket bra”. Mest uppskattat var modulen om oro och svåra tankar och känslor.

Flera beskrev i fritext att innehållet i modulerna var bra, men att de redan kände till en del information som finns i några moduler. Någon beskrev att innehållet uppfattades som lite enformigt.

Alla var bra på sitt sätt men i vissa står det grejor som jag redan vet om.

Vi har jobbat med många av grejorna innan så de gav inte så mycket.

Jag fick tillräckligt stöd men på modulerna stod det mycket som jag redan vet och kanske inte var så hjälpsamma.

Ett förbättringsförslag inkom med önskemål om att få “mer information om hur depression kan bli till depression så man lättare förstår hur man ska göra”.

Hälften av ungdomarna upplevde att Att få hjälp vid depression – ungdom var bra att använda. Hälften tyckte varken den var bra eller dålig och en ungdom visste inte vad hen tyckte om den. Det som

ungdomarna tyckte var sämre var framför allt de tekniska bitarna med plattformen.

Det var okej men klurigt att navigera via I177. Svårt att skicka meddelande.

Det dåliga med det digitala var att det var svårt att hitta i början.

4.1.3 Närståendes upplevelse av behandlingen

Nedan beskrivs närståendes upplevelse av behandlingsformatet, både den fysiska och den digitala delen samt kombinationen av dessa.

Tabell 8. Närståendes upplevelse av blended treatment. n=6-7

Hur upplevde du	Mycket dåligt	Ganska dåligt	Mellan	Ganska bra	Mycket bra
Att ha kontakt med behandlaren digitalt via meddelande funktionen			1	3	2
att träffa behandlaren			1	1	5
att behandlingen bestod både av träffar med behandlaren och digital kontakt till behandlaren			2		5
att arbeta med modulerna hemma		3	1	2	1

Tabell 8 visar att närstående var neutrala eller positiva i sin upplevelse av modulernas innehåll. Någon närstående upplevde alla modulerna som mycket bra och någon upplevde alla modulerna som varken bra eller dåliga. I svaren speglas olika uppfattningar om nivån på innehållet, allt ifrån att information var för grundläggande till att

det var för mycket information. Någon beskrev att man i tidigare kontakter redan fått informationen samt att informationen finns att hitta på andra ställen och därför inte var ny.

Skola, Levnadsvanor och Familj har vi jobbat en hel del med innan med hjälp av kurator och det gav inte så mycket nytt.

Innehållet i den digitala informationen var ganska "basic", saker man visste redan.

Flera närstående skildrar att modulerna underlättade för vidare samtal inom familjen och gav råd om sådant de kunde prata vidare kring.

Jag gillar att vi fick tips från modulerna och de startade diskussioner mellan mig och mitt barn

Mycket bra information och bra frågor/funderingar att ta upp inom familjen.

Någon påtalade att modulerna är ganska styrda och att det därför är lättare att prata mer individualiserat med behandlare i det fysiska samtalet.

Det bli för mycket information och lite svårt att ta på.

De närstående beskrev även svårigheter som handlade om de tekniska delarna av den digitala delen av behandlingen.

I början var det tufft att hitta och det var komplicerat att hitta "appen".

Rörigt i 1177 för att komma fram till meddelande.

Ett förbättringsförslag som framkom beskrevs: "Ta reda på huvudproblemet och jobba inte bara med symtomen".

Utvärderingar från ungdomar och föräldrar visar sammanfattningsvis att den psykosociala basbehandlingen Få hjälp vid depression – ungdom i blandformat uppskattas. De fysiska fysiska

samtalen är mest uppskattade vilket fritextsvaren betonar. Det kan konkluderas att det är viktigt att familjerna får stöd i att använda de digitala delarna om de inte är vana vid 1177-plattformen. Vidare att det är viktigt att stötta familjerna i att göra förändringar i vardagen utifrån informationen i de digitala modulerna så att de får ut mer av det utöver att läsa igenom modulerna.

4.2 Effekter av behandlingen

Under 4.2 beskrivs ungdomarnas symtomskattningar, de närståendes skattningar och klinikernas bedömningar av ungdomarnas symtom.

4.2.1 Ungdomarnas symtomskattningar

Tre patientskattningar med utfallsmåtten för livskvalitet, depression och ångest och depression har använts. KIDSCREEN-10 mäter ungdomarnas nivå av livskvalitet.

Tabell 9. KIDSCREEN n=8;10

	Start	Avslut
Medelvärde	37,8	40,6
Median	37	40

Tabell 10. KIDSCREEN n=8; 10

	Start	Avslut
Låg	6	5
Medel	2	5
Hög	0	0

Tabell 9 och 10 visar att ungdomarnas livskvalitet enligt KIDSCREEN har ökat något efter behandlingen.

RCADS mäter depression och oro.

Tabell 11. RCADS Depression och oro. n=9;10

	Start	Avslut
Medelvärde	67,1	59,0
Median	68	59

Tabell 12. RCADS oro och depression. n=9;10

	Start	Avslut
Låg	4	7
Måttlig	2	1
Hög	3	2

Enligt tabell 11 har medelvärdet och medianen för depressions- och orosymtom sjunkit efter behandlingen. Flera ungdomar har lägre nivåer av oro och depression efter insatsen än vid början men det finns även ungdomar som har höga nivåer vid avslut. MADRS-S ger ett mått på depressionssymtom.

Tabell 13. MADRS-S. n=8;10

	Start	Avslut
Medelvärde	24,44	18,3
Median	25	18

Tabell 14. MADRS-S. n=8;10

	Start	Avslut
Ingen depression	0	3
Lätt depression	2	3
Måttlig depression	6	3
Svår depression	0	1

Enligt tabell 13 och 14 har depressionssymtomen minskat något. Flera ungdomar har inga depressionssymtom och färre har måttliga depressionssymtom efter behandlingen. Det finns dock ungdomar som har lätta eller måttliga depressionssymtom efter behandlingen vilket sammantaget visar på en ganska liten effekt.

4.2.2 Närståendes skattningar av ungdomars symtom

Även ungdomarnas närstående fick frågor om ungdomens symtom på oro och depression och om deras livskvalitet.

Tabell 15. KIDSSCREEN n=10;8.

	KS start	KS avslut
Medel	37,1	42,0
Median	36	38

Tabell 16. KIDSCREEN n=10;8

	Start	Avslut
Låg	9	5
Medel	1	3
Hög	0	0

Närståendes upplever på gruppnivå att ungdomarnas livskvalitet har ökat lite. Flera ungdomar har efter behandlingen en livskvalitet på medelnivå och färre har en låg nivå av livskvalitet än de hade före behandlingen.

Tabell 17. RCAD Depression och oro

	Start	Avslut
Medelvärde	76,6	68,4
Median	74	72

Tabell 18. RCADS Depression och oro. n=8

	Start	Avslut
Låg	4	3
Måttlig	2	0
Hög	3	5

Även om närståendes upplever att ungdomarnas oro- och depressionssymtom har minskat på gruppnivå finns det ett flertal närstående som upplever att ungdomarna har en hög nivå av oro- och depressionssymtom efter behandlingen.

Mätt med MADR-S har depressionssymtomen minskat på gruppnivå men flera närstående upplever att ungdomarna har måttliga och lätta depressionssymtom efter behandlingen.

Tabell 19. MADR-S

	Start	Avslut
Medelvärde	24,0	15,9
Median	24	14

Tabell 20. MADRS-S. n=10; 8

	Start	Avslut
Ingen depression	0	2
Lätt depression	2	4
Måttlig depression	8	2
Svår	0	0

Sammanfattningsvis visar utfallsmåtten att behandlingen har en viss effekt på ungdomarnas depressions- och orossymtom och på livskvalitet. Det kan noteras att föräldrarnas symtomskattningar av ungdomarnas mående är mindre positiva än ungdomarnas.

4.2.3 Klinikerns bedömningar av effekt

Klinikerns bedömning i journalen efter genomförda behandlingar visar att av tio genomförda behandlingar på specialist-bup behövde ingen vidare psykologisk behandling för depression. Av tio genomförda behandlingar på Första Linjen behövde fem vidare psykologisk behandling. Enligt detta resultat har en majoritet av ungdomarna haft ett positivt resultat av behandlingen.

5. Diskussion

Studien visar att behandling i blandformat uppskattas av ungdomarna och deras närstående då den ger både den digitala flexibiliteten och de fysiska samtalen. De digitala modulerna och meddelandefunktionen ger ökad flexibilitet för patient och närstående att arbeta med modulerna där det passar. Genom att alla tar del av samma grundläggande psykosociala behandling ökar patientsäkerheten och ger i ökad utsträckning likvärdig vård. Det kan finnas en risk att grundläggande viktig psykoedukation missas i fysiska samtal. Genom att ungdomar och närstående får ta del av

allmän psykoedukation digitalt i hemmet ges större möjlighet att i de fysiska samtalen ge individuell, specifik psykoedukation.

Många efterfrågar individuell samtalsbehandling och behandling i blandformat kan utgöra ett komplement till övrig vård och erbjuda möjlighet för några enskilda samtal samtidigt som det kräver något mindre behandlarresurser och därmed kan ge fler tillgång till vård.

De fysiska samtalen skapar allians, ger möjlighet för behandlare att validera patienten och kan öka motivationen för behandlingen. Samtalen ger också möjlighet för behandlare att fånga upp och problemlösa där patienten haft svårt att genomföra behandlingen. För deprimerade patienter är det också av stor vikt att kunna monitorera suicidrisk, vilket görs säkrast genom fysiska möten.

Det är av stor vikt att de fysiska samtalen blir mer än en avstämning och ska snarare ses som en behandlande intervention. Det första samtalet i behandlingen är viktigt och behöver vara fysiskt då det ger en individuell konceptualisering och kan öka förståelsen för de bärande komponenterna i behandlingen. Vidare bör fokus ligga på att integrera de digitala och fysiska inslagen till en sammanhängande helhet, snarare än att de löper som separata behandlingsspår. Det vore önskvärt att kommunikationen mellan familj och behandlare via meddelandefunktionen är så aktiv att de efterföljande fysiska samtalen naturligt knyter an och driver behandlingen framåt på ett fördjupande sätt.

Närstående tycks i högre grad uppfatta behandlingen som en sammanhängande helhet, där de digitala och fysiska inslagen kompletterar varandra. Denna upplevelse är inte lika tydlig hos ungdomarna. Därför kan behandlarmanualen behöva förtydliga vikten av att aktivt knyta ihop behandlingen, både i de fysiska samtalen och genom meddelandefunktionen.

För att både de digitala modulerna och de fysiska samtalen ska bli meningsfulla behöver både en gedigen bedömning och en specifik

psykoedukation genomförs med ungdom och närstående. För bästa utfall bör bedömning ges i anslutning till att Få hjälp vid depression – ungdom inleds. De patienter som kommer direkt från BUD har ofta en bättre grund att stå på inför behandlingen. Här har behandlare även träffat föräldrar och påbörjat det arbete som på ett naturligt sätt leder vidare till det första besöket i Få hjälp vid depression.

Någon ungdom i studien beskrev att hen ville veta mer om hur en “depression blir till en depression”. Denna information finns i det första materialet som skickas ut. Ungdomens reflektion pekar på betydelsen av att det materialet ges i nära anslutning till att Få hjälp vid depression – ungdom påbörjas, då de så tydligt bygger på varandra samt att ungdomen själv, och inte endast närstående, tar del av materialet.

Studien visar att flera deltagare upplevde att de redan kände till mycket av innehållet i modulerna och att den därför inte gav så mycket nytt. Då mycket information finns tillgänglig via internet är denna bild förståelig. Syftet med innehållet är dels att ge ökad kunskap om depression, men också att vägleda patienterna i att påbörja förändringar för att bryta vidmakthållandet. Det handlar alltså inte bara om att få information utan även om att patient och närstående ska arbeta med hur en förändring kan bli möjlig och sedan påbörja den. Studien visar att det behövs en tydligare uppmaning till att inte endast ta del av informationen, utan att omsätta den i verkliga livet. Kanske skulle det behövas tydliggöras vid flera tillfällen i de digitala modulerna. Utifrån detta är det viktigt vid uppstart av behandling att poängtera att föräldrar behöver vara en aktiv del i arbetet med modulerna. I många fall kan det rekommenderas att skicka modulerna till både ungdom och närstående för att båda ska kunna ta del av behandlingen samtidigt som man rekommenderar att man jobbar med behandlingen tillsammans i hemmet.

Även med dessa förändringar bör den digitala delen av behandlingen genomföras i familjer med låg konfliktnivå och där föräldrar är bra på att driva förändring och kan vara involverade men inte invaderande.

Även med föräldrar som är tysta eller undvikande i kontakten kan det vara svårt att jobba med förändringarna som rekommenderas i modulerna. Vid fysiskt besök och i samband med initial bedömning behöver behandlare ta ställning till sådan familjeproblematik och om den skulle utgöra ett hinder för behandlingen.

Då Få hjälp vid depression – ungdom är en steg 1-behandling bör den ses som en del i den stegvisa vården. En del patienterna förväntas få tillräcklig hjälp av denna insats, medan det för andra bör ses som en grund för andra insatser. För patienter på specialist-bup kan en behandling på steg 1-nivå i högre utsträckning förväntas behöva en fortsättning på nästa vårdnivå. Behandlingen skulle också kunna användas vid viss samsjuklighet, då den i hög grad kan individanpassas.

Få hjälp vid depression – ungdom är en flexibel metod på så sätt att behandlare i samråd med patient och närstående planerar för modulordning och antal fysiska samtal. På flera Bup-mottagningar erbjuds psykosocial basbehandling vid depression i gruppformat. För de ungdomar som inte kan eller vill delta i grupp kan blended treatment vara ett bra alternativ. Det skulle ge möjlighet för en individuell kontakt, samtidigt som vi säkerställer att dessa patienter får del av grundläggande information och kan börja bryta den depressiva spiralen. Insatsen kräver mer behandlarresurs än enbart digitalt format eller gruppbehandling, men mindre än traditionell fysisk kontakt. Det skulle kunna leda till minskad väntetid för insatsen.

Det finns förväntade drop-outs utifrån att några ungdomar fått ett förbättrat mående och några fått ett försämrat mående som krävt annan behandling. En annan del drop-outs handlar snarare om bristande motivation till att arbeta med de digitala inslagen i blended treatment. Ett ökat motivationsarbete och förståelse för betydelsen av de digitala modulerna skulle kunna minska andelen drop-outs.

Effektmåtten visar att behandlingen har en viss effekt på ungdomarnas depression, oro och livskvalitet, men bortfallet är stort och resultatet får tolkas med stor försiktighet. Det kan också noteras att föräldrars symtomskattningar av ungdomars mående är mindre positiva än ungdomarnas. Trots stort bortfall vad gäller effektmått så visar journalgranskningen på att en majoritet av de som genomfört behandlingen inte behöver fortsatt psykologisk behandling för depression.

Journalgranskning visar att den kliniska bedömningen i många fall varit att patienterna inte behövde fortsatt psykologisk behandling för depression efter att ha genomfört behandlingen. Det är av fortsatt intresse att undersöka vad som bidrar till skillnaden mellan effektmått och klinisk bedömning.

5.1 Metoddiskussion

Resultatet av studien bör tolkas med försiktighet utifrån underlagets begränsningar. Resultatet kan dock ses som en insyn i både patienters och behandlares upplevelse av denna behandlingsmetod. Studien har endast genomförts på en relativt liten grupp patienter och endast på tre mottagningar. Det saknas kontrollgrupp. Det finns också stor spridning på deltagarna bland annat avseende ålder, hur mycket föräldrastöd de fick under behandlingen, hur mycket behandlarstöd de fick under behandlingen samt grad av svårigheter. Detta gör det svårare att jämföra resultaten och dra slutsatser.

I urvalsprocessen noterades att fler patienter som tidigare stått på väntelista tackade nej till insatsen än de som fick insatsen i direkt anslutning till nybesöksprocessen (BUD). Möjligen kan detta bero på att det fanns en förväntan om annan behandling, eller att den bedömning som tidigare gjorts inte längre upplevs relevant för patienterna.

Då studien designades valdes skattningar för att ge utfallsmått på depressionssymtom innan och efter behandlingen. Vid avslut av

pilotstudiens del 1 togs därför beslut om en förlängning med fokus på symtomreduktion och utfallsmått för detta. Då studien är indelad i två delar och då informationsinsamlingen i de olika delarna till viss del skiljer sig åt, är det svårare att få en samlad helhetsbild av resultatet. Trots den förlängda pilotstudien har det varit svårt att få in tillräckliga skattningar för att få en tydlig bild av behandlingens effekt. Rekommendationen är därför en fortsatt kontinuerlig utvärdering av behandlingen.

6. Slutsatser

Studien visar att behandling i blandformat kan vara en värdefull behandlingsinsats att erbjuda ungdomar med lindrig till måttlig depression. Det digitala inslaget kan bidra till kostnadseffektivitet och därmed öka möjligheten att fler kan få del av psykosocial behandling i nära anslutning till bedömningssamtal. Till skillnad från en behandling i enbart digitalt format ser vi att ungdomar uppskattar att få träffa behandlare fysiskt och att detta ökar både motivation och möjlighet till monitorering.

Bortfallet i undersökningen är stort och resultatet får tolkas med stor försiktighet. För att säkert kunna bedöma behandlingens effekt behövs fler utfallsmått gällande depressionssymtom. Under och efter varje behandling behöver depressionssymtomen även bedömas för att säkerställa att ungdomen får tillräckliga insatser.

Referenser

Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). Internet-Assisted Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 689-700.

Andersson, G., Carlbring, P., Titov, N., & Lindefors, N. (2019). Internet Interventions for Adults with Anxiety and Mood Disorders: A Narrative Umbrella Review of Recent Meta-Analyses, 64(7).

Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and Limitations of Internetbased Interventions for Common Mental Disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4-11.

Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835–855.

Edbacken, J., & Vernmark, K. (red.) (2021). *Digital psykologi – Forskning och klinisk tillämpning*. Studentlitteratur.

Erbe, D., Eichert, H.C., Riper, H., & Ebert, D.D. (2017). Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9), e306.

Goodyer, I., & Kelvin, R. (2023). *Brief psykosocial intervention for adolescents – keep it simple, do it well*. Cambridge University Press.

Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling – Evidens, indikation och praktiskt genomförande*. Natur & Kultur.

Lindqvist, K., Mechler, J., Falkenström, F., Carlbring, P., Andersson, G., & Philips, B. (2023). Therapeutic alliance is calming and curing—The interplay between alliance and emotion regulation as predictors

of outcome in Internet-based treatments for adolescent depression.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 91(7), 426–437

Ly, H. Eek, N. & Topooco, N. (2021). Blandformat-kombinationen av behandlingsessioner och teknologi. I J. Edbacken & K. Vernmark (red.), *Digital psykologi: forskning och klinisk tillämpning*, 97-122. Studentlitteratur.

KIDSCREEN Group. (2004). KIDSCREEN-10 Index: Health-Related Quality of Life Questionnaire for Children and Young People. European Commission, 5th Framework Programme (Grant QLG-CT-2000-00751). <https://www.kidscreen.org>

Mechler, J., Lindqvist, K., Carlbring, P., [Topooco](#), N., Falkenström, F., Lilliengren, P., Andersson, G., Johansson, R., Midgley, N., Edbrooke-Childs, J., Dahl, H-S. J., Sandell, R., Thorén, A., Ulberg, R., Lindert Bergsten, K., Philips, B. (2022). *The Lancet Digital Health*, 4 (8), e594-e603.

Mechler, J., Lindqvist, K., Philips, B., Midgley, N., & Lilliengren, P. (2024). Internet-delivered affect-focused psychodynamic therapy for adolescent depression: Treatment principles and clinical application in the ERiCA project. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 23(2), 123–141.

Rasing, S.P.A. (2021). Blended Treatment for Depressive Disorders in Youth: a Narrative Review, *International Journal of Cognitive Therapy* 14:47–58.

Region Skåne. (2016). e-hälsostategi för Region Skåne år 2016-2020. Region Skånes offentliga protokoll
[https://www.skane.se/globalassets/styrandedokument/ehalsostrategi-rs\[1\]2016_2020.pdf](https://www.skane.se/globalassets/styrandedokument/ehalsostrategi-rs[1]2016_2020.pdf)

Richards, D. & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32 (4): 329-342.

Socialstyrelsen (2021). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [Nationella riktlinjer: depression och ångestsyndrom - Socialstyrelsen](#)

Socialstyrelsen (2019). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. [Vård vid depression och ångestsyndrom 2019](#)

Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 21–28.

Svenska Barn – och Ungdomspsykiatriska föreningen (SFBUP) (2024). SFBUPs riktlinje depression. SFBUP Riktlinje depression [riktlinje-depression-webb.pdf](#)

Regeringskansliet Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Regioner (2016). Vision e-hälsa. [vision-e-halsa-2025-overenskommelse.pdf](#).

Uppdrag psykisk hälsa, Sveriges Kommuner och Regioner. (2019). Nationella vård- och insatsprogram: Depression och ångestsyndrom. Sveriges Kommuner och Regioner.

Woods, A., Stults, C., Terry, R. & Rego, S. (2017). Strengths and Limitations of Internet-Based Cognitive Behavioral Treatments for Anxiety Disorders. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 13(3), 271-283.

Bilagor

Bilaga 1. Utvärdering till ungdomar

Hur upplevde du

- att ha kontakt med behandlaren digitalt via meddelandefunktionen
- att träffa behandlaren
- att behandlingen bestod både av träffar med behandlaren och digital kontakt till behandlaren
- att arbeta med modulerna hemma

2. Vad var bra med en behandling som både bestod av fysiska träffar och digitala insatser?

3. Vad var dåligt med en behandling som både bestod av fysiska träffar och digitala insatser?

4. Vad tyckte du om modulerna

- Skola
- Levnadsvanor
- Familj
- Aktiviteter
- Oro och svåra tankar och känslor

5. Var det lätt att förstå din behandlare?

6. Upplevde du att din behandlare förstod dig?

7. Har du förslag på hur Få hjälp vid depression kan bli bättre?

Bilaga 2. Utvärdering till närstående

Hur upplevde du

- att ha kontakt med behandlaren digitalt via meddelandefunktionen
- att träffa behandlaren
- att behandlingen bestod både av träffar med behandlaren och digital kontakt till behandlaren
- att arbeta med modulerna hemma

2. Vad var bra med en behandling som både bestod av fysiska träffar och digitala insatser?

3. Vad var dåligt med en behandling som både bestod av fysiska träffar och digitala insatser?

4. Vad tyckte du om modulerna

- Skola
- Levnadsvanor
- Familj
- Aktiviteter
- Oro och svåra tankar och känslor

5. Har du förslag på hur Få hjälp vid depression kan bli bättre?

Bilaga 3 Uppföljning behandlare

1. Vilken enhet arbetar du på?
2. Vilken diagnos har ungdomen?
3. Hur gammal är ungdomen?
4. Hur många gånger (utöver uppstarts- och avslutningssamtal) var det planerat att träffa ungdomen?
5. Hur många gånger träffade du ungdomen på plats?
 - 5a. Om det blev fler träffar än planerat - vad var anledningen?
6. Hur många gånger hade du kontakt med ungdomen eller närstående på annat sätt (utöver meddelanden i programmet och fysiska träffar) under Få hjälp med depression?
7. Använde du alla modulerna i programmet?
8. Använde du modulerna i den ordning de kommer i programmet?
9. Under hur lång tid löpte programmet?
10. Behövde ungdomen andra behandlingar från Bup efter behandlingen?

Tidigare FoU-rapporter

Rapport 1/2026 Goda levnadsvanor för psykisk hälsa. 978-91-989048-3-3
Rapport 6/2025 Känslöfällan. 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 Utökat 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 spädbarn- och småbarnspsykiatri. ISBN 978-91-987657-6-2
Rapport 4/2022 Hältygsvård 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 kroppskänedom 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 Självsfattning 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 kroppskänedom 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 måloppfyllelse. 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 bolltacke 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 minne träningsprogram för Vuxenhabiliteringen... ISBN 978-91-7261-115-3

Rapport 8/2007 RoboMemo - en utvärdering av arbetsminne träning 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 familiecentret 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 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