

FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

FoU-rapport 6/2025

Känslofällan

**En digital gruppbehandling för
ungdomar med psykisk ohälsa – utifrån
Unified Protocol**

Verksamhetsområde:	Barn- och ungdomspsykiatri Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
Enhet:	Barn- och ungdomspsykiatrimottagning digital behandling Skåne
Projektansvarig chef:	Marie Werner, enhetschef marie.werner@skane.se
Projektets medarbetare:	Kilian Muller, leg. psykolog kilian.muller@skane.se Tomas Tedgård, leg. psykolog tomas.tedgard@skane.se
Ansvarig vid FoUU:	Marielle Nyman, fil dr, hälso- och sjukvårdsstrateg marielle.mn.nyman@skane.se
Utgivning:	Oktober 2025
ISBN:	978-91-989048-1-9

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: Muller, K., & Tedgård, T. (2025). *Känslofällan. En digital gruppbehandling för ungdomar med psykisk ohälsa – utifrån Unified Protocol*. FoU-rapport 6/2025, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

Sammanfattning

Ungdomars psykiska ohälsa är ett växande problem, och behovet av tillgänglig, effektiv vård är stort. Denna studie utvärderade en digital gruppbehandling för ungdomar (15–17 år) baserad på Unified Protocol for Adolescents (UP-A). UP-A är en transdiagnostisk metod med syfte att minska undvikandet av samt öka medvetenheten och toleransen för negativa känsloupplevelser. Behandlingen genomfördes via videolänk under tio sessioner. Deltagarnas upplevelser och behandlingsutfall undersöktes genom självskattningar, kliniska bedömningar och en fokusgruppsintervju.

Resultaten, som på grund av en liten studiegrupp får tolkas med försiktighet, visar att flera av de ungdomar som fullföljde behandlingen upplevde förbättrad känslomedvetenhet och började använda nya, mer adaptiva sätt att hantera sina känslor. Terapeutisk allians med behandlarna beskrevs som god, men gruppssammanhållningen var svag. Det var ett stort antal avhopp under behandlingen och återkommande problem med närvaro. Detta är faktorer som blir avgörande att beakta vid en eventuell implementering i ordinarie vårdutbud.

Förväntad nytta för patienten är ökad medvetenhet och tolerans för starka känslor samt inläring av mer adaptiva sätt att hantera känslor, vilket kan minska symtom på ångest och depression och stärka psykisk hälsa.

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 en digital gruppbehandling för ungdomar studerats. Projektet har genomförts av leg psykolog Kilian Muller och leg psykolog Tomas Tedgård vid Barn- och ungdomspsykiatrimottagning digital behandling Skåne. Hälso- och sjukvårdsstrateg fil dr Marielle Nyman har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från enhetschef Marie Werner och verksamhetschef Linda Welin. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av medel för kvalitetssäkring.

Vi riktar ett tack till Vanessa Lundin för ett förträffligt arbete med designen av deltagarmaterialet och genomförandet av fokusgruppintervjun. Vi vill också tacka alla modiga ungdomar som ville ställa upp och prova denna nya form av behandling och dela med sig av sina erfarenheter.

Lund oktober 2025

Charlotta Sunnqvist

Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, docent

Chef för FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Förord	4
1. Bakgrund	7
2. Syfte.....	10
3. Metod.....	11
3.1 Behandlingsupplägg och anpassningar	11
3.2 Deltagare	15
3.3 Materialinsamling	16
3.4 Bortfall	18
3.5 Analys	19
3.6 Etiska överväganden	19
4. Resultat	20
4.1 Upplevelser av att delta i en digital gruppbehandling med UP-A	20
4.2 Sammanställning av utfallsmått	25
5 Diskussion	27
5.1 Resultatdiskussion.....	27
5.2 Tillämpning av resultat.....	32
6. Slutsatser.....	35
Referenser.....	36
Bilagor.....	45
Bilaga 1. Intervjumall fokusgrupp	45
Tidigare FoU-rapporter	47

1. Bakgrund

Psykisk ohälsa bland ungdomar är ett växande folkhälsoproblem både nationellt och internationellt (WHO, 2018). Enligt Folkhälsomyndigheten (2022) ökar andelen ungdomar i Sverige som rapporterar psykiska besvär och även andelen barn och ungdomar som vårdas inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har ökat tydligt de senaste 20 åren.

BUP Skånes målsättning är att erbjuda jämlik och tillgänglig vård inom hela regionen (SKR, 2023). Den ökade belastningen på BUP Skåne har dock lett till längre väntetider för patienter, samtidigt som tillgången till effektiva behandlingar varierar mellan olika mottagningar i regionen. För att möta dessa utmaningar har digitala behandlingar föreslagits som en potentiell lösning. Genom att erbjuda behandlingar digitalt hoppas Region Skåne öka möjligheten att nå fler familjer i hela regionen och säkerställa jämlik vård (Region Skåne, 2021).

Forskning på digitala behandlingar har i huvudsak fokuserat på internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT). Denna behandlingsform har starkt empiriskt stöd vid behandling av flera psykiatriska tillstånd hos vuxna, bland annat paniksyndrom, social ångest, generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom och mild till måttlig depression (Andersson et al., 2013). Även för barn och ungdomar har iKBT visat sig vara en effektiv behandlingsmetod, bland annat för ångestsyndrom, depression och OCD (Vigerland et al., 2016; Lenhard et al., 2016; Wu et al., 2023).

Gruppterapi är ett annat exempel på resurseffektiv behandling som visat sig framgångsrik för att behandla flera olika psykiska besvär (Barkowski et al., 2020; Huntley et al., 2012). På senare år har digitala gruppbehandlingar blivit vanligare och utvecklingen tog ett naturligt språng i samband med COVID-19 pandemin. Systematiska genomgångar av studier som jämfört digital gruppterapi med sedvanlig gruppterapi visar på relativt jämförbara resultat, och

digitala gruppbehandlingar har visat lovande effekt vid behandling av bland annat depression och ångesttillstånd (Gentry et al., 2018; Rafieifar et al., 2024). De är ofta billigare jämfört med traditionella face-to-face behandlingar och har en naturlig fördel när det kommer till tillgänglighet (Weinberg et al., 2023). Begränsningar som lyfts fram med digitala gruppbehandlingar är att det är svårare att läsa kroppsspråk och andra icke-verbala signaler vilket kan påverka relationer och sammanhållning i gruppen. Vissa studier har även visat att alliansen med terapeuten och gruppsammanhållningen är sämre i digitala grupper, dock utan att det påverkat utfallet av behandlingen (Gentry et al., 2018).

Eftersom digitala gruppbehandlingar är ett relativt nytt forskningsfält är tydliga framgångsfaktorer för behandling inte klargjorda. Men ett antal faktorer har föreslagits som viktiga för att bygga gruppsammanhållning och allians vilket i sin tur antas påverka effekten av behandlingen (Rafieifar et al. 2024; Weinberg et al., 2023). Dessa faktorer innefattar tydlig struktur, manualbaserade interventioner, och ett medvetet fokus på att främja interaktivitet och känslomässigt engagemang i gruppen. Att skapa ett tryggt klimat, där deltagarna känner sig bekväma att dela med sig, är avgörande för att bygga både kohesion och allians. Interaktiva övningar i helgrupp och gemensam reflektion varvat med smågruppsdiskussioner i så kallade breakout-rooms är exempel på sätt att nå detta på.

Ångestsyndrom och depression tillhör de vanligaste psykiatriska tillstånden bland ungdomar i Sverige (Socialstyrelsen, 2024; SKR, 2023) och det finns en hög samsjuklighet mellan dessa diagnoser (Cumplings et al., 2014; Essau, 2008). Ungdomar som uppfyller kriterier för mer än en diagnos är i högre grad i behov av psykiatrisk vård och har oftare en högre funktionsnedsättning i vardagen. Utifrån den höga samsjukligheten och konsekvenserna detta medför har vikten av transdiagnostiska behandlingar lyfts fram (Essau, 2008). En annan potentiell fördel med transdiagnostiska behandlingar är att de förenklar terapiträning, sänker tröskeln för behandling och

underlättar inkluderingen av patienter med olika diagnoser i samma behandlingsgrupp. På så sätt kan transdiagnostiska metoder förbättra tillgången till evidensbaserad vård (Schaeuffele et al., 2024).

Unified Protocol (UP) är en transdiagnostisk KBT-behandling som syftar till att behandla gemensamma underliggande mekanismer som finns hos flera olika psykiatriska tillstånd, såsom ångestsyndrom och depression (Barlow et al., 2018). Fokus i UP är på de processer som är gemensamma för olika tillstånd, vilket gör behandlingen tillämplig på en bredare grupp av individer. Personlighetsdraget neuroticism betraktas inom UP som en central riskfaktor för emotionella störningar (Barlow et al., 2014; Wilamowska et al., 2010; Sauer-Zavala et al., 2021). Neuroticism karaktäriseras av benägenheten att uppleva negativa känslor mer frekvent och intensivt andra. Försöken att undvika dessa känslor leder till maladaptiva beteenden som vidmakthåller och förstärker problematiken.

Behandlingskomponenterna i UP är utformade för att adressera just detta och hjälpa patienten hitta nya sätt att reagera på intensiva känslor och på sikt öka den känslomässiga toleransen.

Komponenterna innefattar interoceptiv och in-vivo exponering, kognitiv omstrukturering, beteendeaktivering, medveten närvaro och känslomässig medvetenhet.

UP har testats både på ungdomar och vuxna och har administrerats i flera olika format; individuellt, i grupp och via internet. För vuxna har flera studier visat att UP är lika effektivt som diagnosspecifika behandlingsprotokoll vid behandling av paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom och social ångest (Barlow et al., 2017; Eustis et al., 2020). Resultaten pekar mot att UP även ger positiva sekundära utfall såsom goda resultat vid samsjuklighet och bibehållna effekter vid uppföljning. Tidigare studier har dock visat att UP kan vara effektiv även i en förkortad version (Corpas et al., 2022). När det kommer till UP för ungdomar (UP-A) är forskningsbasen tunnare men det finns kontrollerade studier som visat positiva effekter på symtomreduktion och funktion, särskilt vid

hög komorbiditet (Ehrenreich-May et al., 2017). Det framkommer inga signifikanta skillnader i behandlingsutfall mellan olika behandlingsformat. Gruppbehandling och internetadministrerad behandling har likvärdig effekt som sedvanlig individuell UP (Carlucci, 2021; Schaeuffele et al., 2024). Dock bygger dessa jämförelser på relativt få studier.

Unified Protocol är en väletablerad och välbeforskad behandling, prövad i flera olika format, men den har hittills inte utvärderats som digital gruppbehandling för ungdomar. Denna studie avser därför att undersöka genomförbarheten och behandlingseffekten med ett sådant upplägg.

2. Syfte

Syftet är att anpassa UP-A till en digital gruppbehandling och utvärdera ungdomars upplevelse av detta behandlingsformat. Ett sekundärt syfte är också att undersöka behandlingsutfall genom att jämföra symptomnivåer och funktionsförmåga före och efter behandling.

3. Metod

3.1 Behandlingsupplägg och anpassningar

Behandlingen baserades på manualen *Unified Protocol for Adolescents* (UP-A) men anpassades för att genomföras i gruppformat samt via videolänk. Totalt omfattande behandlingen tio sessioner à 90 minuter vardera, med samtliga deltagare och behandlare uppkopplade via Microsoft Teams. Behandlarna befann sig i samma rum för att underlätta samarbete och koordinering. Sessionerna genomfördes veckovis med undantag för skollov.

Vid anpassningen av behandlingen strävades det efter att behålla de centrala interventionerna från UP-A samtidigt som kostnadseffektivitet och genomförbarhet beaktades. Detta ledde till en förkortning av behandlingslängden till 10 sessioner istället för den ursprungliga manualen med en behandlingslängd på 16 – 20 sessioner.

Arbetsmaterial och föräldramedverkan

Ungdomarna fick en modifierad version av UP-A:s arbetsbok (Ehrenreich-May et al., 2018a), där varje kapitel i boken motsvarade en session i behandlingen. Kapitel skickades ut elektroniskt i pdf-format veckovis och innehöll sammandrag av sessionens innehåll samt hemuppgifter. Detta syftade till att stärka inläring och möjliggöra fortsatt arbete för deltagare som varit frånvarande. Eftersom utförandet av hemuppgifter har en tydlig relation till behandlingsutfall var den ursprungliga idén att arbetsboken och hemuppgifterna skulle finnas tillgängliga på en digital plattform. På så skulle behandlarna kunde följa deltagarnas arbete löpande, ge stöd och skicka påminnelser. Det var inte möjligt inom studiens tidsram varpå stöd med hemuppgifter istället erbjöds genom videomöte innan och efter varje session.

Föräldrar fick sammanfattningar av varje session i enlighet med manualens riktlinjer, samt information om evidensbaserade

föräldrastrategier. Dessa strategier inkluderade positiv samvaro, validering, observation av maladaptiva föräldrabeteenden, funktionell analys och stöd vid exponering. En justering i upplägget var att inte lägga till specifika strategier för att öka föräldrarnas delaktighet och stöd i ungdomarnas behandlingsprocess.

Anpassning till online-format

Genom litteraturgenomgång identifierades utmaningar och föreslagna lösningar relaterade till genomförandet av gruppbehandlingar digitalt. Baserat på denna kunskap, samt utifrån kontinuerlig utvärdering av genomförda sessioner, gjordes veckovisa anpassningar. Anpassningarna handlade i huvudsak om att minska informationstyngden och öka deltagaraktiviteten i sessionerna.

Sessionerna inleddes med genomgång av hemuppgifter och gemensam självskattning av förändringar i relation till uppsatta mål (översikt i Tabell 1). För att underlätta det digitala formatet och stärka delaktigheten genomfördes diskussionsövningar där deltagarna etablerade gemensamma regler för digital kommunikation, exempelvis hur ordet skulle fördelas och användning av kamera. Deltagarna intervjuade också varandra och delade med sig av egna erfarenheter för att stärka gruppkänslan. Dessutom lärdes användning av emojis ut som ett sätt att uttrycka stöd och engagemang, vilket var särskilt viktigt då icke-verbal kommunikation kan vara begränsad i videosamtal.

För att öka interaktiviteten användes PowerPoint-presentationer (Ppt) och videoklipp med efterföljande diskussioner. Strävan var dock att begränsa PowerPoint-användningen då forskning visar att för omfattande användning kan hämma engagemanget (Weinberg et al., 2023). Istället kompletterades materialet med ritplatta för att illustrera exempel och gemensam problemlösning utifrån exempelfall. Dessutom användes chattfunktion, omröstningar via Menti samt handuppräckning för att öka deltagarnas engagemang.

För att ytterligare stärka gruppsammanhållningen och ge möjlighet till mer djupgående reflektioner användes breakout-rooms där deltagarna i mindre grupper kunde diskutera övningar och behandlingsinnehåll. Gemensamma exponeringar var också ett inslag där deltagarna fick stödja varandra och ta del av varandras erfarenheter av att göra övningarna.

Tabell 1. Översikt över sessionernas tema, syfte och innehåll samt använda digitala verktyg

Session	Tema	Syfte	Innehåll och digitala verktyg
1	Introduktion	Skapa trygghet i gruppen, sätta mål, förbereda deltagare för behandling	Presentation, gruppregler, motivationsarbete, teknikgenomgång hemuppgift Menti, Ppt, ritplatta, emojireaktioner, Break out room
2	Känslor och mål	Öka känslomässig medvetenhet och förståelse för känslors funktion och tre delar. Målformulering	Interaktiva övningar om känslor. Bilder, filmer, berättelser. Introduktion av mål- och framstegs-formulär. Menti, Ppt, emojireaktioner, Breakout room
3	Beteende-aktivering och tvärtom-beteenden	Förstå känslostyrda beteenden, särskilt undvikande, och testa alternativa reaktioner	Gemensamt beteendeeexperiment. Gemensam lista med lustfyllda aktiviteter. Menti, Ppt, emojireaktioner
4	Tankar	Lära sig identifiera tankefällor och utmana negativa automatiska tankar	Introduktion tankefällor, detektivtänkande och flexibelt tänkande. Ppt, emojireaktioner

Session	Tema	Syfte	Innehåll och digitala verktyg
5	Kroppsliga reaktioner	Kunskap om kroppsliga reaktioner vid känslor och ökad tolerans för dessa	Gemensam interoceptiv exponering. Kroppsskanning. Ritplatta, Ppt, emojireaktioner
6	Medveten närvaro	Träna på att observera inre upplevelser utan att döma	Musikövning, kroppsskanning, övning i icke dömande närvaro. Menti, Ppt, emojireaktioner
7	Känslostyrda beteenden	Repetition av behandlingskomponenter och planering av tvärtombeteenden	Identifiera känslostyrda beteenden och diskutera kring möjliga tvärtombeteenden Menti, breakout rooms, Ppt, emojireaktioner
8	Känslö-exponering	Förstå och planera känslöexponering	Skapa exponeringsstegar utifrån identifierade känslostyrda beteenden Ppt, emojireaktioner
9	Uppföljning exponering	Stärka och fördjupa förståelsen av exponering	Gemensam exponering i grupp, exponering för tankar, samt planering av exponering i veckan Menti, Ppt, emojireaktioner

Session	Tema	Syfte	Innehåll och digitala verktyg
10	Avslut och framtidsplanering	Sammanfatta behandling, identifiera lärdomar och skapa framtidsplan	Gemensam diskussion kring verksamma komponenter och vad som blir viktigt att fortsätta med Ppt, emojireaktioner

3.2 Deltagare

Deltagare rekryterades från BUP i Region Skånes öppenvårds- och Första linjen mottagningar. Alla deltagare var mellan 15 – 17 år och uppfyllde kriterier för antingen depression och/eller en ångeststörning, vilket bedömts på deltagarens hemmottagning.

Alla deltagare bedömdes av studiegruppens psykologer genom ett videomöte med ungdomen och minst en vårdnadshavare.

Bedömningen gjordes för att säkerställa att deltagaren fortfarande uppfyllde diagnoserna som de anmälts för och att de var motiverade till den typ av behandling som erbjöds. Om dessa kriterier uppfyllts och inga exkluderande kriterier förelåg, inkluderades deltagaren i studien.

Totalt elva ungdomar anmälde intresse för behandlingen. En person exkluderades redan innan bedömning då det framgick i journal att behandlingen inte var lämplig. Två personer hoppade av innan bedömning gjordes. Av de åtta personer som genomförde bedömningen inkluderades samtliga.

Fem deltagare hade diagnosen blandade ångest- och depressions-tillstånd, två deltagare hade medelsvår depressiv episod och en deltagare hade social fobi. Två av deltagarna hade i tillägg även neuropsykiatriska diagnoser.

3.3 Materialinsamling

För att utforska deltagarnas upplevelser av att delta i en digital behandlingsgrupp tillfrågades samtliga (förutom en som hoppade av behandlingen efter första tillfället) om att delta i en fokusgruppsintervju efter avslutad behandling. Intervjun genomfördes av en psykolog som inte träffat deltagarna tidigare. Intervjun var halvstrukturerad och utgick från följande teman: upplevelse av behandlingsformatet, gruppledarnas roll, lärdomar och utfall av behandlingen samt upplevelse av behandlingen som helhet (se Bilaga 1). Fokusgruppsintervjun genomfördes digitalt och ljudet från samtalet spelades in och transkriberades.

Samtliga deltagare samt en av deras vårdnadshavare ombads att fylla i skattningsskalor innan behandlingsstart och vid avslut. Dessa mått användes för att utvärdera behandlingens effekt på deltagarnas psykiatriska symtom och funktionsnivå. Skattningsskalorna skickades ut digitalt via tjänsten Blåappen. Följande skattningsskalor användes:

Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS)

RCADS används till screening och uppföljning av ångest och depression hos barn och unga i åldrarna 8 – 18 år. Den finns både som självskattning och föräldraskattning. RCADS är normerad utifrån ålder och kön. Den finns i en lång och en kort version. Det var den långa versionen som användes i denna studie (RCADS -47). RCADS är en internationellt erkänd skattningsskala för screening av ångest och depression och har i studier visat sig ha god reliabilitet (Piqueras et al., 2017). Råpoängen omvandlas till T-poäng som är normerade efter kön och ålder ($M = 50$, $SD = 10$); högre T-poäng indikerar mer uttalade symtom, där värden över cirka 65–70 tyder på kliniskt signifikant problemnivå.

The Work and Social Adjustment Scale, Youth and Parent Versions (WSAS)

WSAS används som en kort och bred screening av funktionspåverkan hos barn från sex år, unga och vuxna. WSAS finns i tre varianter: föräldraskattning, självskattning för barn och unga samt självskattning för vuxna. Formuläret består av fem frågor som berör skola/arbete, vardagssituationer, sociala aktiviteter, fritid samt familj och relationer. Skalan går från noll till åtta och högre skattningar indikerar större funktionspåverkan. WSAS har goda psykometriska egenskaper och har bland annat visat sig sensitiv för förändring efter behandling (Jassi et al., 2020).

Hierarchical Personality Inventory for Children (HiPIC-30)

HiPIC-30 mäter personlighet hos barn och ungdomar utifrån femfaktorsmodellen som innefattar följande personlighetsdrag: extraversion, vänlighet, samvetsgrannhet, neuroticism och fantasi. HiPIC-30 är en psykometriskt nedkortad version av ett längre formulär men har en hög korrelation med den ursprungliga versionen. Formuläret har bedömts ha hög validitet och reliabilitet för att kartlägga personlighetsdrag hos barn och unga (Vollrath et al., 2016). Poängen går från 0–5 och högre poäng indikerar starkare drag på den aktuella personlighetsfaktorn.

HiPIC finns i både en självskattnings- och en föräldraversion, men endast självskattningsversionen användes i denna studie. HiPIC användes här för att mäta förändring i neuroticism och extraversion — personlighetsfaktorer som behandlingsmodulerna i UP ämnar påverka.

I tillägg till skattningsskalor användes även bedömningsskalor som fylldes i av den psykolog som träffade deltagaren innan och efter avslutad behandling. Följande bedömningsinstrument användes:

Children's Global Assessment Scale (CGAS)

CGAS är en skattningsskala som används av kliniker för att göra en bedömning av psykosocial funktionsnivå. Funktionen mäts mellan intervallet 1 och 100, där 100 motsvarar maximal funktion. Klinikern ska bedöma funktion i olika miljöer; hemma, i skolan, med vänner och på fritiden. CGAS har måttlig interbedömarreliabilitet även när den används av otränade bedömare inom hälso- och sjukvården (Lundh et al., 2010).

The Clinical Global Impression – Improvement Scale och Severity Scale (CGI-I & CGI-S)

CGI-I är en klinikerbedömning som används för att göra en skattning av sjukdomsförbättring efter avslutad behandling. Klinikern gör en helhetsbedömning av patientens situation och tar ställning till om någon förbättring eller försämring skett gällande både symtom och funktionsnivå (Busner & Targum, 2007).

CGI-S används för att bedöma hur svårt sjuk en patient är vid ett givet besök. Bedömningen görs utifrån klinikerns samlade erfarenhet av det aktuella tillståndet. Både patientens symtom och funktion vägs in i bedömningen. CGI-S har i studier visat sig vara ett smidigt och tillförlitligt mått på behandlingsutfall och har god överensstämmelse med etablerade självskattningsskalor (Morrens et al., 2022). Poängen går från 1 till 7 och en högre poäng indikerar svårare psykisk sjukdom.

3.4 Bortfall

Totalt genomförde fyra deltagare hela behandlingen, vilket i denna studie operationaliserats som att man deltagit i mer än hälften av behandlingssessionerna. Tre deltagare valde aktivt att avbryta behandlingen. Dessa deltagare, och/eller deras vårdnadshavare, deltog i ett avslutande möte med en behandlare, men fyllde inte i några skattningsskalor. De orsaker som angavs till avhopp var tidsbrist, att behandlingen eller formatet upplevdes påfrestande eller att det kändes för 'skollikt' samt på grund av försämrat mående.

Av de som genomförde behandlingen var det två personer som deltog i fokusgruppsintervjun.

3.5 Analys

Eftersom deltagarantalet var lågt från början och det därtill var flera avhopp under behandlingens gång gjordes beslutet att inte göra några statistiska analyser på datamaterialet, då detta skulle kunna leda till missvisande slutsatser. Resultat från självskattningsskalor rapporteras istället i deskriptiv form, baserat på hur många av de svarande deltagarna som uppvisade en poängmässig förändring som översteg ett kliniskt relevant tröskelvärde för respektive skala.

Informationen från fokusgruppen analyserades utifrån en rad förbestämda områden (nämnda ovan) relaterade till studiens grundläggande syfte. Framework analysis (Hackett & Strickland, 2018) användes vid analys av intervjuerna eftersom metoden lämpar sig väl vid kvalitativa analyser där det redan finns förutbestämda frågor och ämnen. Analysen utgick från de förutbestämda temana som utgångspunkt men en öppenhet bibehölls för att nya teman och underteman skulle uppstå.

3.6 Etiska överväganden

Digitala gruppbehandlingar har en uppenbar nackdel ur sekretess och integritetssynpunkt. Delvis eftersom det inte går att ha full kontroll på var deltagarna befinner sig och vilka människor som finns i närheten. Men också eftersom digitala rum kan vara utsatta för cyberattacker. Deltagarna informerades om upplägget innan behandlingsstart och uppmuntrades att sitta på en lugn och tyst plats där de inte kunde bli störda. De uppmuntrades också att ha kameran på så att det skulle vara möjligt att se om obehöriga fanns i närheten. Vid första tillfället formulerades gruppregler gemensamt av deltagarna. En av gruppreglerna handlade just om att det rådde intern sekretess mellan deltagarna i gruppen. Samtliga deltagare godkände och accepterade denna regel. Gällande cybersäkerhet följde

studiegruppen de riktlinjer som just nu råder inom Region Skåne vad gäller digitala möten vilket innebär att alla deltagare inte ska skriva sitt fullständiga namn när de loggar in samt inte använda chatten för känslig information.

Fokusgruppsintervjun hölls av en person utanför studiegruppen och deltagarnas uttalanden avidentifierades i rapporten. Studiegruppen fick heller inte kännedom om vilka som deltagit i intervjun.

På grund av flera avhopp och bortfall i materialinsamlingen baseras resultatet på endast fyra individer, vilket innebär begränsningar i hur svaren kan redovisas. Som nämndes ovan hanteras detta genom en mer deskriptiv resultatredovisning. Dessutom skyddas deltagarnas anonymitet av att urvalet gjordes från öppenvårdsmottagningar och Första linjen-mottagningar från hela Skåne, vilket därmed utgör ett stort upptagningsområde.

4. Resultat

Resultaten presenteras i två delar. Den första redovisar ungdomarnas upplevelser av behandlingen baserat på vad som framkom i fokusgruppsintervjun. Den andra delen består av en beskrivande sammanställning av de skattningsskalor som ungdomarna fyllt i.

4.1 Upplevelser av att delta i en digital gruppbehandling med UP-A

Resultaten från fokusgruppsintervjun redovisas utifrån de teman som identifierades vid analysen. Detta inkluderar både de huvudteman som var förutbestämda utifrån den semistrukturerade intervjuguiden och de underteman som framträdde induktivt under analysen.

Upplevelse av behandlingsformatet

Både för- och nackdelar lyftes fram med det digitala gruppformatet. Deltagarnas upplevelse varierade beroende på vilka förväntningar de

hade på gruppen från början och vilka personliga förutsättningar de hade. Det digitala formatet beskrevs som en förutsättning för att överhuvudtaget kunna medverka eftersom fysiska möten hade varit för utmanande. Det lyftes även att en fysisk grupp hade varit att föredra, både utifrån den sociala aspekten men också för att det hade kunnat ge de praktiska övningarna ett större värde.

Jag hade nog hellre gjort det såhär fysiskt eller vad man ska kalla det. För det känns lite mer verkligt då... Det blir lite mer personligt eftersom man ändå träffar de andra på riktigt och man hade ju kanske kunnat utföra övningarna lite lättare i grupp.

Tiden för gruppträffarna uppfattades som tillräcklig men hade med fördel varit lite senare på dagen för att hinna varva ner efter skolan. En nackdel med det digitala formatet var att det var svårt att bibehålla koncentrationen och det var lätt hänt att bli distraherad av andra saker under tiden.

Ja jag råkade ut för det ganska ofta [distraktion]. Inte för att det är tråkigt men bara för att jag sitter hemma och det är inte jättejätteroligt. Det finns ju saker som är roligare.

Det framfördes att det hade varit bra med ett individuellt samtal i mitten av behandlingen. En mittavstämning ingick i den ursprungliga behandlingsplaneringen men den prioriterades bort av praktiska skäl.

Gruppdynamik och trygghet i gruppen

Deltagarna kände sig trygga att dela med sig av sina upplevelser i gruppen – både med andra deltagare och med gruppledarna.

Det var nog för min del fördelen med att det var digitalt, att det var lite lättare. Eftersom jag inte sitter framför dem och jag ska berätta. Det är lite avstånd.

Deltagarna upplevde inte att de lärde känna de andra deltagarna i någon större utsträckning eller att det fanns en uttalad gruppssammanhållning. Möjligheten till spontana sociala

interaktioner var begränsad. Huruvida det var något som efterfrågades gick åsikterna delvis isär.

Vid något tillfälle blev vi indelade i grupper och då kunde man ändå prata lite och när man hade lite extra tid över så kunde man prata lite om "var går du i skolan?" och sånt. Så det tyckte jag var ganska trevligt.

Jag har tyckt om som det var nu. Jag tror det hade blivit för mycket för mig att man också ska lära känna massa människor samtidigt. Det var trevligt när vi var i de här små grupperna.

Det gick även att ta lärdom av de andra deltagarna.

Men jag tyckte om att det var i grupp och att man fick höra hur de andra gjorde.

Lärdomar och utfall av behandlingen

Behandlingen uppfattades vara till hjälp att få en ökad förståelse för sig själva och en större medvetenhet kring sina känslor.

Jag tycker ändå att jag lärde mig ganska mycket. Sånt som man inte tänkt på innan. Jag är mer medveten om mina känslor. Förstår mig själv lite bättre.

En del av behandlingen lyftes fram som särskilt värdefull. Tvärtombeteenden var en strategi som återkom i flera av behandlingssessionerna och som deltagarna tyckte var ett hjälpsamt sätt att förhålla sig till sina känslor och kunde leda till konkreta förändringar i vardagen.

Jag kommer använda, för vi pratade om tvärtombeteenden. Och det använder jag mig av. Och det kommer jag ändå fortsätta med.

Ja, alltså. Jag tycker alltså att detta var bra. Jag har ju slutat, jag övertänker inte lika mycket, fastnar inte lika mycket i mina tankar. Jag gör inte massa, jag googlar inte längre, jag håller inte på och kollar min puls hela tiden. Jag tycker detta var jättebra till mig i alla fall.

Hemuppgifter och arbetsboken

Hemuppgifterna beskrevs som utmanande, både tidsmässigt och motivationsmässigt. Vissa uppgifter ansågs vara ”lite för stora” och att det blev ”mycket att göra”, vilket gjorde att uppgifterna var svåra att hinna med. Det kunde också vara svårt att komma ihåg att hemuppgifterna skulle göras. En påminnelse hade därför varit hjälpam.

Vidare framkom att hemuppgifterna inte alltid kändes meningsfulla. Men åsikterna gick isär. De kunde uppfattas som ”läxor” och genomföras för att det förväntades snarare än för att bidra till personlig utveckling.

Jag skäms ju om jag inte hade gjort det i tid. Och det är därför det känns som en läxa. Jag gjorde det inte för att utvecklas utan mer för att jag behövde göra det.

Men hemuppgifterna kunde även leda till eget engagemang.

Jag kände ingen press på mig. Jag känner mer att vill jag göra det för att det ska hända något så får jag ju göra det.

Som förslag på förbättringar nämndes att hemuppgifterna kunde vara mindre omfattande eller att det borde finnas mer tid för att genomföra dem. Det framföres också att det skulle vara hjälpsamt att förtydliga varför uppgifterna var viktiga och hur de hängde ihop med behandlingen.

Den digitala arbetsboken som skickades ut via 1177, uppfattades svår att använda. Det beskrevs som omständigt att logga in på 1177 för att få tillgång till det. En papperskopia ansågs vara ett bättre alternativ. När det gällde innehållet i arbetsboken var det begripligt men syftet ansågs oklart.

Allians och feedback

Deltagarna beskrev gruppmiljön som trygg och stödjande och att gruppledarna bidrog till en miljö där det var lätt att ställa frågor och där det fanns en förståelse för deltagarnas individuella svårigheter.

De var väldigt stöttande och ändå förstående. De kunde mycket.
Så det var skönt att de visste vad de snackar om.

Det upplevdes viktigt att gruppen präglades av en balans mellan humor och allvar. Även om innehållet ibland kunde kännas tungt, bidrog inslag av humor till att skapa en mer avslappnad stämning utan att fokus på behandlingen försvann:

Jag tyckte om att det inte var så att man bara skulle vara helt seriös, utan att det var lite skämt också. Det tycker jag är viktigt.
För det är bra.

Angående vägledning upplevdes behandlingen vara både allmän och individanpassad. Det upplevdes bekräftande när gruppledarna gav feedback till tidigare nämnda problem. Innehållet i behandlingen kunde dock uppfattas som för generellt och inte anpassat efter individuella behov. Men detta kunde också vara hjälpsamt.

Ja det var mycket allmän, men jag kände ändå att jag kunde... att det hjälpte mig mycket med mina problem. Även fast det inte var riktat mot just mina problem, men kunde ändå ta vissa grejer.

En deltagare funderade kring om det hade funnits bättre förutsättningar för individuell vägledning om deltagarna hade ställt fler frågor.

Hade man bara frågat kanske, när det var allihopa: "vad skulle jag göra när jag har det så här?". Så kanske man kan få det svaren man behövde.

Föräldrarnas roll

Deltagarna beskrev att de uppskattade att föräldrarna inte var direkt involverade i behandlingen. Föräldrarna fick skriftlig information

om behandlingen och deltagarna beskrev att de läste materialet och uppvisade nyfikenhet kring behandlingen. Någon förändring i föräldrarnas beteenden utifrån vad de läst i föräldradelarna, noterades emellertid inte.

Mina föräldrar läste igenom vartenda blad de fick och säger själva att de tog med sig jättemycket. Inte bara för min del, men för sig själva. Hur de ska tänka och så. Så det var väl bra tänker jag.

Jag vet att mamma har läst det men sen vad hon har tänkt kring det vet jag inte. Men hon har velat veta vad jag har tagit med mig av varje samtal och blivit glad när jag har kommit fram till vissa grejer. Som detta skulle jag behöva göra och så.

Att föräldrarna inte var med på sessionerna utan endast fick ta del av skriftligt material, gav deltagarna möjlighet att själva avgöra hur mycket de ville dela med sig till sina föräldrar. Det gavs inga uttryck för behov av ytterligare föräldrainvolvering utan nuvarande upplägg upplevdes fungera väl.

4.2 Sammanställning av utfallsmått

Nedan presenteras en sammanställning av deltagarnas resultat på de använda skattnings- och bedömningsskalorna. Endast resultat för de fyra deltagare som genomgått hela behandlingen redovisas, och även inom denna grupp förekommer ett visst bortfall i datainsamlingen. För varje skala redovisas antalet deltagare som uppvisade en kliniskt relevant förbättring mellan för- och eftermätning, definierad utifrån skalans specifika kriterier.

För att fastställa ett tröskelvärde för kliniskt relevant förbättring på RCADS användes halv standardavvikelse av BUP populationen. Värdet togs fram på ett urval patienter som var jämförbara med deltagarna i denna studie, det vill säga en klinisk population i samma ålder och från samma geografiska område. Att använda halv standardavvikelse som tröskelvärde är en metod som ofta används

inom klinisk forskning för att identifiera en förändring som är tillräckligt stor för att vara kliniskt meningsfull (Norman et al., 2004). För ungdomarnas självskattningar var detta värde 6,5 T-poäng¹. För föräldraskattningarna var detta värde 6,9 T-poäng. I denna studie uppvisade två av tre deltagare en förbättring som översteg tröskelvärde för ungdomarnas skattningar. Bland föräldraskattningarna uppnådde en av tre skattningar denna nivå av förbättring. Ingen deltagare uppvisade en försämring.

Även för WSAS användes en förändring motsvarande minst en halv standardavvikelse för att fastställa ett tröskelvärde för kliniskt relevant förbättring. Som underlag användes standardavvikelserna i ett kliniskt urval av ungdomar med tvångssyndrom, rapporterad i en studie av Jassi et al. (2020). Utifrån detta uppnådde ingen av deltagarna i denna studie en förbättring som översteg tröskelvärde (ungdomar: 5,01 poäng på totalskalan; föräldrar: 5,15 poäng). Bland ungdomarnas skattningar visade en deltagare en försämring och två var oförändrade. Motsvarande mönster återfanns i föräldraskattningarna: en försämring, två oförändrade och ingen med kliniskt relevant förbättring.

HiPiC saknar ett etablerat referensvärde för kliniskt relevant förändring. I enlighet med teorin bakom Unified Protocol (UP) definierades kliniskt relevant förbättring som en minskning av neuroticism och/eller en ökning av extraversion. Resultaten visade att tre deltagare uppvisade en sådan förbättring, och ingen visade försämring.

I denna studie definierades en kliniskt relevant förbättring på CGAS som antingen en ökning med minst tio poäng eller att deltagaren gick från ett fördefinierat funktionsintervall (till exempel 61–70) till nästa

¹ En T-poäng är en punkt på en standardiserad poängskala med medelvärde 50 och standardavvikelse 10, vilket gör det möjligt att jämföra en individs resultat med en normgrupp

högre nivå (till exempel 71–80). Totalt uppvisade tre deltagare en sådan förbättring, och inga negativa förändringar observerades.

På CGI-I betraktas en poäng på 1 ("mycket förbättrad") eller 2 ("betydligt förbättrad") som en kliniskt relevant förbättring (Busner & Targum, 2007). I denna studie bedömdes tre deltagare ha uppnått en sådan förbättring, och ingen deltagare visade en försämring.

I denna studie likställdes en minskning i poäng på CGI-S med kliniskt relevant förbättring. En minskning i poäng indikerar att deltagaren bedömdes vara mindre sjuk vid avslut av behandlingen jämfört med vid start. Resultaten visade att tre deltagare uppvisade en sådan förbättring, och inga negativa resultat noterades.

5 Diskussion

5.1 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka ungdomars upplevelser av en digital gruppbehandling baserad på Unified Protocol for Adolescents (UP-A), samt att utvärdera behandlingens kliniska utfall. Resultaten bygger på skattningsskalor, kliniska bedömningar och en fokusgruppsintervju med två ungdomar som fullföljde behandlingen. Diskussionsdelen integrerar dessa resultat med tidigare forskning om gruppbehandling samt med antaganden bakom UP-modellen.

En avgörande aspekt vid tolkningen av resultaten i denna studie är att en betydande andel av deltagarna inte fullföljde behandlingen, vilket gör resultaten mindre tydliga och svårare att generalisera. Det är dock viktigt att notera att majoriteten av dem som faktiskt fullföljde behandlingen fick positiva effekter. Att förstå orsakerna till behandlingsavhopp är därför avgörande för att bedöma genomförbarheten och förbättra anpassningen av digital gruppbehandling för ungdomar.

Indikationer på behandlingseffekt

En central resultat från intervjun var att behandlingen bidrog till en ökad förståelse för det egna känslolivet och hur känslor hänger samman med tanke- och beteendemönster. Utöver ökad medvetenhet, rapporterades även praktisk tillämpning av nya strategier i vardagen. Här nämndes tvärtombeteenden som en viktig strategi vilket tyder på minskning av undvikandebeteenden. Resultaten indikerar också på förändringar som tyder på minskning av grubblande och oro (Watkins & Roberts, 2020) och minskning av ohjälpsamma reaktioner mot känslor (Bullis et al., 2019). Detta kan indikera att behandlingen lyckats påverka underliggande psykologiska processer som ofta vidmakthåller emotionella problem (Harvey et al., 2004).

Utifrån Unified Protocols teoretiska ramverk kan denna typ av förändring ses som uttryck för förbättrad känsloregleringsförmåga. Det handlar i så fall inte enbart om symtomreduktion utan om att deltagarna utvecklat nya sätt att förstå och hantera sina känslor, vilket på sikt kan ha en bredare skyddande effekt (Sauer-Zavala et al., 2021)

Resultaten visade på förbättring hos flera av de ungdomar som fullföljde behandlingen. Självskattningarna för ångest och depressionssymptom (RCADS) visade positiva förändringar hos majoriteten, medan föräldraskattningarna gav mer varierade resultat. WSAS-resultaten indikerade däremot ingen kliniskt relevant förbättring i funktionsnivå, och enstaka deltagare rapporterade försämring. Behandlande klinikers samlade bedömning av deltagarnas symtom och funktionsnivå (CGI-I) visade på förbättring hos tre av fyra bedömda deltagare jämfört med före behandlingsstart. Förändringar i personlighet, i form av ökad extraversion och minskad neuroticism enligt HiPiC, noterades också, vilket kan tyda på förbättrat emotionellt fungerande. Resultaten kan indikera att behandlingsmekanismerna haft effekt, men resultaten bör tolkas

med stor försiktighet på grund av det begränsade urvalet och bortfall i skattningsdata.

Allians

Att deltagarna upplevde gruppledarna som lyhörda, stödjande och kompetenta tyder på att en trygg och bekräftande relation kan etableras även i ett digitalt gruppformat. Särskilt framhölls gruppledarnas förmåga att kombinera allvar med humor och att återknyta till tidigare samtal, vilket bidrog till känslan av att bli sedd. Dessa kvaliteter är centrala aspekter av terapeutisk allians, som i tidigare forskning har kopplats till positiva behandlingsutfall även i onlineformat (Weinberg & Rolnick, 2020; Lopez et al., 2020).

Samtidigt lyftes viss ambivalens kring individanpassning, där innehåll som presenterades kunde upplevas som för generellt men att det ändå kunde vara hjälpsamt. En viktig begränsning är att upplevelsen av allians hos de som avbröt behandlingen inte fångats upp. Då allians har visat sig påverka närvaro kan detta vara en möjlig förklaring till avhopp (Clough, et al., 2022; Gulamani et al., 2020).

Gruppsammanhållning

Ett återkommande tema var avsaknad av kontakt mellan deltagare. Det digitala formatet upplevdes å ena sidan som tryggt och därmed möjliggörande av att våga prata och dela med sig av sina upplevelser, men också som socialt distansering. Det fanns få möjligheter till interaktion och deltagarna lärde inte känna varandra. Det tyder på att gruppsammanhållningen var svag, trots försök att stärka den genom struktur och interaktiva inslag. Svag gruppsammanhållning är associerad med negativ påverkan på närvaro, engagemang och utfall (Clough et al., 2022; Christensen & Mackinnon, 2006; Burlingame et al., 2011).

Användningen av breakout rooms och interaktiva moment möjliggjorde viss grad av interaktion, men de verkade inte räcka för att etablera verklig gruppsammanhållning. I takt med avhopp minskade dessutom dessa moment till förmån för

helgruppsdiskussioner, vilket å ena sidan kan ha lett till mer interaktion med behandlare, men mindre mellan deltagarna. Möjligen påverkade detta gruppens möjligheter att dra nytta av de kollektiva processer som annars kännetecknar gruppterapi, såsom modellinlärning, normalisering och emotionellt stöd (Fuhriman & Burlingame, 1990). Om man inte känner sig sedd av andra deltagare, utan enbart av behandlare, försvagas upplevelsen av tillhörighet och ansvar inför gruppen. I digital behandling kan även små grader av passivitet snabbt förstärkas, då deltagare inte fångas upp av miljön eller grupptrycket på samma sätt som i fysiska grupper (Lopez et al., 2020). Intervjumaterialet tyder på att detta var fallet. Det är därför möjligt att svag gruppsammanhållning i kombination med höga krav på egenaktivering utgjorde en central förklaring till att vissa deltagare inte fann behandlingen relevant nog att fortsätta.

Relevans och engagemang i behandlingsinnehåll

Att innehållet beskrevs som teoretiskt, att formatet kändes skollikt och att det var svårt med koncentrationen under träffarna kan spegla en obalans mellan information och upplevelse i sessionerna. Att sessioner får en föreläsningsliknande karaktär har tidigare identifierats som en risk med digital KBT-behandling i grupp (Shapiro et al., 2025). Det spontana utrymmet för dialog ofta är mindre vilket antagligen förstärktes av det förkortade formatet, vilket innebar att det var mycket material att gå igenom varje session.

Deltagarna var medvetna om sitt eget ansvar att göra materialet mer personligt och engagerande genom att ställa frågor och skapa diskussion. Detta belyser ett viktigt dilemma i gruppbehandling: när deltagare inte aktivt bidrar, uppstår lätt ett passivt klimat där materialet upplevs som generellt och avlägset. Det ställer höga krav på självstyrning och på att gruppledarna aktivt underlättar kontakt och meningsskapande. Det är möjligt att upplevelsen av relevans i digital gruppbehandling delvis beror på i vilken grad deltagare är aktiva, gör gemensamma tolkningar och kopplingar till egna erfarenheter.

Den transdiagnostiska karaktären hos UP-A kan även ha bidragit till upplevelsen av att materialet känts allmänt. Även om tidigare forskning visat att igenkänning kan uppstå mellan deltagare med olika problematik (Reinholt et al., 2021) har risken att innehållet upplevs som generellt, identifierats som en möjlig fallgrop för transdiagnostiska behandlingar (McEvoy, Nathan & Norton, 2009). Behov av att skapa igenkänning och kontextuell relevans blir därmed särskilt viktigt i grupper med heterogen problematik. I denna grupp verkar gemensamma nämnare inte blivit tillräckligt synliga och i kombination med det mer didaktiska formatet kan relevans gått förlorad.

Hemuppgifter

Det fanns flera faktorer som hindrade arbetet med hemuppgifterna. Uppgifterna upplevdes ibland som för omfattande, svåra att komma ihåg eller meningslösa, som ibland gjordes av plikt snarare än egen motivation. Brist på tydlig koppling till behandlingsmålen och svårigheter att förstå syftet med arbetsboken bidrog till en låg upplevelse av relevans. I linje med Kazantzis och kollegors modell (2022) framstår detta som ett uttryck för bristande engagemang, snarare än bristande "compliance". Enligt modellen påverkas engagemang av både uppgiftens tydlighet och patientens förståelse för varför den är viktig. För att stärka engagemang krävs därför att hemuppgifter förankras i individens mål, att deras syfte tydliggörs och att det finns praktiska lösningar för påminnelser och återkoppling.

Utöver att hemuppgifter i KBT är associerade med symtomförbättring visar forskning att de också är positivt relaterade till närvaro i gruppbehandling. En studie av Gulamani et al. (2020) visade att användning av terapeutiska tekniker mellan sessioner både förutsade och påverkades av gruppnärvaro i ett bidirektionellt förhållande. Att använda färdigheter i vardagen ökade sannolikheten att delta i nästa session och att delta ökade sannolikheten att använda

tekniker. En bristande känsla av mening i hemuppgifter kan därför bidra inte bara till minskad övning utan även till lägre närvaro.

Föräldrar som stödresurs

Föräldrar deltog inte aktivt i denna version av UP-A. Deltagarna uttryckte att det var positivt; det gav dem ägandeskap över behandlingen. Föräldrarna upplevde också det som positivt att de fick god insyn i vad ungdomarna arbetade med utifrån materialet som skickades ut och att det underlättade samtal med ungdomarna. Tidigare forskning har visat att föräldrar kan spela en viktig roll för att möjliggöra behandlingsdeltagande genom praktiskt stöd och uppmuntran (Nock & Ferriter, 2005). Ett mer riktat föräldrastöd med fokus på att främja närvaro hade möjligen kunnat bidra till ökad behandlingsnärvaro.

5.2 Tillämpning av resultat

Resultaten i denna studie pekar på flera praktiska aspekter som behöver beaktas för att behandlingen ska kunna införas som del av ordinarie vårdutbud. Nedan presenteras överväganden och justeringar som baseras på deltagarnas erfarenheter, observationer under behandlingsförloppet samt tidigare forskning om gruppbehandling.

En av de viktigaste aspekterna gäller gruppsammanhållning. I digitala behandlingsgrupper sker inte social interaktion naturligt på samma sätt som vid fysiska möten. Trots medvetenhet om detta och försök till att kompensera för dessa svårigheter blev gruppsammanhållningen låg. Det krävs därför ett medvetet men också ihärdigt arbete med att skapa kontakt mellan deltagarna. Det innebär att utrymme bör ges för gruppstärkande moment, även i små grupper eller tillfällen då färre deltagare är med. Att arbeta med återkommande övningar i breakout rooms, uppgifter som är gemensamma eller kräver samarbete och att aktivt synliggöra likheter mellan deltagare, även när deras diagnoser skiljer sig åt, kan

stärka känslan av samhörighet. Gruppstärkande övningar och introduktionsaktiviteter bör planeras in explicit, eftersom dessa moment inte finns beskrivna i manualen. Tid bör också reserveras för dessa inslag.

I denna studie användes en förkortad version av UP-A (10 istället för 16–20 sessioner), vilket medförde att stora mängder material behövde introduceras under varje session, vilket begränsade tiden för gruppstärkande moment och ledde sannolikt till en obalans mellan information och delaktighet. Om samma behandlingstid används i framtiden rekommenderas att antalet moduler reduceras, snarare än att innehållet pressas in. Exponering och de delar som handlade om känslomässig medvetenhet var delar som upplevdes som särskilt hjälpsamma av deltagarna och bör därför prioriteras. Alternativt kan ett längre behandlingsupplägg övervägas för att ge utrymme åt samtliga komponenter i manualen utan att kompromissa med deltagarnas möjligheter till reflektion och aktivitet. Ett tredje alternativ är blended treatment, där fysiska gruppträffar kombineras med internetförmedlad KBT (iKBT). Jiménez-Orenga et al. (2025) har undersökt detta format med lovande resultat, trots ett relativt lågt antal sessioner. Det blended upplägget kan möjliggöra att mer psykoedukativt material förmedlas mellan träffarna, vilket frigör tid för andra moment under de gemensamma sessionerna.

Deltagaraktivitet är viktig i gruppbehandling. Aktivt deltagande ökar möjligheten till kontakt mellan deltagarna, vilket i sin tur kan stärka gruppsammanhållningen. Det skapar också bättre förutsättningar för behandlarna att anpassa innehållet utifrån deltagarnas upplevelser, vilket kan bidra till att materialet upplevs som mer relevant. Aktivitet underlättar även för ett mer dynamiskt arbetssätt och kan minska risken att sessionerna blir för föreläsningsliktande. För att detta ska vara möjligt behöver deltagarna vara beredda att bidra muntligt i grupp, vilket bör klargöras redan innan behandlingsstart. Det kan även vara hjälpsamt att i början av behandlingen använda den modul i UP som syftar till att öka förändringsmotivation för att adressera hinder specifika för onlineformatet, såsom oro kring att prata i grupp.

Som behandlare kan man stödja deltagarnas aktivitet genom att återknyta till tidigare uttalanden och skapa kopplingar mellan gruppmedlemmars erfarenheter, vilket också kan bidra till ökad känsla av gemenskap.

Gällande hemuppgifter och arbetsmaterial finns utvecklingsmöjligheter. En digital och interaktiv version av arbetsboken, exempelvis tillgänglig via 1177 under "Stöd och behandling", skulle kunna möjliggöra ett mer kontinuerligt behandlingsengagemang mellan sessioner. Det skulle ge behandlare möjlighet att följa deltagarnas arbete mer systematiskt, ge direkt och individuell feedback och utifrån detta kunna anpassa sessionerna mer utifrån deltagarnas behov. Ett sådant upplägg ligger i linje med blended treatment, där digitalt material används som ett komplement till fysiska gruppträffar. Samtidigt behöver betydelsen av hemuppgifter kommuniceras tydligt, både muntligt i session och skriftligt i materialet.

Föräldrastöd är en annan möjlig resurs för att öka närvaron och arbete med hemuppgifter. Även om deltagarna i denna studie inte efterfrågade mer direkt föräldrainvolvering, kan föräldrar spela en viktig roll genom att stötta rutiner kring tider och påminna om uppgifter. Ett strukturerat men enkelt föräldramaterial med fokus på hur man praktiskt kan underlätta behandlingsdeltagande skulle kunna integreras i framtida upplägg.

Slutligen är schemaläggning ytterligare en praktisk faktor med betydelse för närvaro. Behandlingstiden bör väljas med hänsyn till ungdomars vardag. Sessioner som ligger på skoltid eller för nära skoldagens slut riskerar att leda till att behandlingen väljs bort för att undvika skolfrånvaro, eller att deltagare inte hinner hem eller inte hinner vila innan behandlingen. Att schemalägga sessionerna senare på dagen kan underlätta återhämtning efter skoldagen och förbättra förutsättningarna för närvaro, koncentration och engagemang i behandlingen.

6. Slutsatser

UP-A i digital gruppform visar potential att stärka känsloreglering och självförståelse hos ungdomar som fullföljer behandlingen. Terapeutisk allians tycks kunna etableras, och vissa strategier upplevdes som användbara. Med anledning av låg svarsfrekvens måste dock denna slutsats beaktas med försiktighet. Samtidigt identifierades flera hinder, framför allt låg gruppssammanhållning, bristande interaktion, otydliga hemuppgifter och ett format som inte passade alla. Det var även många avhopp och återkommande problem med närvaro. Behandlingens genomförbarhet begränsas av dessa faktorer och kräver anpassning för att fungera i bredare klinisk tillämpning.

Referenser

Andersson, G., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Hedman, E. (2013). Guided internet-based CBT for common mental disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(4), 223–233.
<https://doi.org/10.1007/s10879-013-9237-9>

Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(8), 965–982.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>

Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., & Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide* (2nd ed.). Oxford University Press.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Boettcher, H., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>

Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A

transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychological Science and Practice*, 26(4), e12278

<https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>

Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34–42.

<https://doi.org/10.1037/a0022063>.

Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(7), 28–37.

Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>

Christensen, H., & Mackinnon, A. (2006). The law of attrition revisited. *Journal of Medical Internet Research*, 8(3), e20. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.3.e20>

Clough, B., Spriggins, L., Stainer, M., & Casey, L. (2022). Working together: An investigation of the impact of working alliance and cohesion on group psychotherapy attendance. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95, 79–97. <https://doi.org/10.1111/papt.12364>

Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., & Gálvez-Lara, M. (2022). Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: A randomized controlled trial identifying predictors of outcome. *Psychotherapy Research*, 32(4), 456–469. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1952331>

Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816–845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>

Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bennet, S. M., & Barlow, D. H. (2018a). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents: Workbook*. Oxford University Press.

Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2018b). *Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents: Therapist Guide*. Oxford University Press.

Ehrenreich-May, J., Rosenfield, D., Queen, A. H., Kennedy, S. M., Remmes, C. S., & Barlow, D. H. (2017). An initial waitlist-controlled trial of the Unified Protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.006>

Essau, C. A. (2008). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety*, 25(6), 513–520. <https://doi.org/10.1002/da.10107>

Eustis, E. H., Gallagher, M. W., Tirpak, J. W., Nauphal, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). The Unified Protocol compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: 12-month follow-up from a randomized clinical trial. *General Hospital Psychiatry*, 67, 58–61. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.08.012>

Folkhälsomyndigheten. (2022). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/22: Nationella resultat.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se>

Fuhriman, A., & Burlingame, G. M. (1990). Consistency of matter: A comparative analysis of individual and group process variables. *The Counseling Psychologist*, 18(1), 6–63.

Gentry, M. T., Lapid, M. I., Clark, M. M., & Rummans, T. A. (2018). Evidence for telehealth group-based treatment: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(6), 327–342. <https://doi.org/10.1177/1357633X18775855>

Gulamani, T., Uliaszek, A. A., Chugani, C. D., & Rashid, T. (2020). Attrition and attendance in group therapy for university students: An examination of predictors across time. *Journal of Clinical Psychology*, 76(12), 2155–2169. <https://doi.org/10.1002/jclp.23042>

Hackett, A., & Strickland, K. (2018). Using the framework approach to analyse qualitative data: a worked example. *Nurse Researcher*, 26(2). <https://doi.org/10.7748/nr.2018.e1580>

Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.

Huntley, A. L., Araya, R., & Salisbury, C. (2012). Group psychological therapies for depression in the community: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 184–190. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092049>

Jassi, A., Lenhard, F., Krebs, G., Gumpert, M., Jolstedt, M., Andrén, P., Nord, M., Aspvall, K., Wahlund, T., Volz, C., & Mataix-Cols, D. (2020). The Work and Social Adjustment Scale, Youth and Parent Versions: Psychometric evaluation of a brief measure of functional impairment in young people. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(6), 913–925.

<https://doi.org/10.1007/s10578-020-00956-z>

Jiménez-Orenga, N., Díaz-García, A., Lorente-Català, R., González-Robles, A., Paredes-Mealla, M., García-Palacios, A., & Bretón-López, J. (2025). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a blended transdiagnostic group CBT for the treatment of emotional disorders. *Internet Interventions*, 40, 100823. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2025.100823>

Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Rück, C., Vigerland, S., Högström, J., Hillborg, M., Brander, G., Ljungström, M., Ljótsson, B., & Serlachius, E. (2017). Therapist-guided, internet-delivered cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(1), 10–19.e2.

Lopez, A., Rothberg, B., Reaser, E., Schwenk, S., & Griffin, R. (2020). Therapeutic groups via video teleconferencing and the impact on group cohesion. *mHealth*, 6, Article 13.

<https://doi.org/10.21037/mhealth.2019.11.04>

Lundh, A., Kowalski, J., Sundberg, C. J., Gumpert, C., & Landén, M. (2010). Children's Global Assessment Scale (CGAS) in a naturalistic clinical setting: Inter-rater reliability and comparison with expert ratings. *Psychiatry Research*, 177(1–2), 206–210. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.006>

McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20–33. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>

Morrens, J., Mathews, M., Popova, V., Borentain, S., Rive, B., Gonzalez Martin Moro, B., Jamieson, C., & Zhang, Q. (2022). Use of Clinical Global Impressions-Severity (CGI-S) to Assess Response to Antidepressant Treatment in Patients with Treatment-Resistant Depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 1127–1132. <https://doi.org/10.2147/NDT.S358367>

Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(2), 149–165.

Norman, G. R., Sloan, J. A., & Wyrwich, K. W. (2004). The truly remarkable universality of half a standard deviation: Confirmation through another look. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 4(5), 581–585. <https://doi.org/10.1586/14737167.4.5.581>

Piqueras, J. A., Martín-Vivar, M., Sandín, B., San Luis, C., & Pineda, D. (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 153–169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.022>

Rafieifar, M., Hanbidge, A. S., Lorenzini, S. B., & Macgowan, M. J. (2024). Comparative efficacy of online vs. face-to-face group interventions: A systematic review. *Research on Social Work*

Practice. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1177/10497315241236966>

Region Skåne. (2021). Återkoppling avseende översyn av verksamheten En väg in och Första Linjen (Dnr 2020-POL000111). Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden.

<https://www.skane.se>

Reinholt, N., Hvenegaard, M., Bryde Christensen, A., Eskildsen, A., Hjorthøj, C., Poulsen, S., Arendt, M.B., Rosenberg, N.K., Gryesten, J.R., Christensen, C.W., et al. (2021). Despite the differences, we were all the same: Patient experiences of group cohesion in transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT groups for anxiety and depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5324.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18105324>

Sauer-Zavala, S., Fournier, J. C., Steele, S. J., Woods, B. K., Wang, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2021). Does the unified protocol really change neuroticism? Results from a randomized trial. *Psychological Medicine*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/s0033291720000975>

Schaeuffele, C., Meine, L. E., Schulz, A., Weber, M. C., Moser, A., Paersch, C., Recher, D., Boettcher, J., Renneberg, B., & Kleim, B. (2024). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature Human Behaviour*, 8, 493–509.
<https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3>

Shapiro IR, Boyd JE, McCabe RE, Rowa K. Lost connection? Comparing group cohesion and treatment outcomes between videoconference and in-person cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder and other anxiety

disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. Published online 2025:1-15. <https://doi.org/10.1017/S1352465825000013>

Socialstyrelsen. (2024). Förekomst av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-5-9083.pdf>

Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). Psykiatri i siffror – kartläggning av barn- och ungdomspsykiatri 2023.

https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2024/05/Psykiatri_i_siffror_BUP_2023_tillgangslighetsanpassad.pdf

Vigerland, S., Lenhard, F., Bonnert, M., Lalouni, M., Hedman, E., Ahlen, J., Olén, O., Serlachius, E. & Ljotsson, B. (2016).

Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 50, 1–10.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.005>

Vollrath, M. E., Hampson, S. E., & Torgersen, S. (2016).

Constructing a short form of the Hierarchical Personality Inventory for Children (HiPIC): The HiPIC-30. *Personality and Mental Health*, 10(2), 152–165.

<https://doi.org/10.1002/pmh.1334>

Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573

Weinberg, H., & Rolnick, A. (2020). *Theory and Practice of Online Therapy: Internet-Delivered Interventions for Individuals, Groups, Families, and Organizations*. Routledge.

Weinberg, H., Rolnick, A., & Leighton, C. (2023). *The Virtual Group Therapy Circle: Practice, Process and Research*. Routledge.

WHO. (2018). Adolescent mental health. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10), 882–890. <https://doi.org/10.1002/da.20735>

Wu, Y., Fenfen, E., Wang, Y., Xu, M., Liu, S., Zhou, L., Song, G., Shang, X., Yang, C., Yang, K., & Li, X. (2023). Efficacy of internet-based cognitive-behavioral therapy for depression in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interventions*, 32, 100673. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100673>

Bilagor

Bilaga 1. Intervjumall fokusgrupp

Fokusgrupp – Känslöfällan

Hälsa alla välkomna, presentation, beskriv syfte och ramar (tid, fördelning av talutrymme), inspelning

1. Upplevelsen av behandlingen – formatet

Hur var det att gå Känslöfällan?

- Hur var det att genomföra behandlingen digitalt? (Fungerat bra? Sämre? Digitala verktyg som underlättat/försvårat? T.ex. Breakout-rooms, emoji, omröstningar/menti?)
- Hur var det att genomföra behandlingen tillsammans med andra? (Hur var det att dela med sig av tankar/känslor? Vad har bidragit till den upplevelsen? Har ni fått tillräcklig tid att interagera med varandra? [Lärde ni känna varandra något?])
- Hur var det att arbeta med arbetsboken (gjorde ni det)? (Har det varit ett stöd? Lagom [mängd, abstraktionsnivå]?)
- Kände du att du hade tillräckligt med tid för att bearbeta och reflektera över materialet mellan sessionerna? Hur väl lärde du dig det?
- Hur har upplägget med föräldrarna känts? (Har det märkts någon skillnad på dem?)

2. Behandlingsresultat

Har det gjort någon skillnad i ditt liv att gå Känslöfällan?

- Vad tror du är orsaken till (den eventuella) förändringen?

- Vilka delar av behandlingen har du uppskattat mest? (vad var det viktigaste ni gjorde? Var materialet förståeligt?)
- Finns det något verktyg/strategi som du kommer att använda dig av framöver?
- Om behandlingen inte gjort någon skillnad för dig, har du någon tanke om orsaker till det?

3. Gruppledarnas roll

Vilken roll fyllde gruppledarna?

- Vilken roll borde gruppledare fylla? (Vad förväntar man sig?)
- Vad hade de kunnat göra mer av? (T.ex. uppmuntra en att dela med sig mer?)
- Vad hade de kunnat göra mindre av? (mindre föreläsningssnack? Lagom balans?)
- Har du upplevt att behandlarna haft förståelse för din situation/mående? Upplever du att de kunnat ge anpassade råd/reflektioner utifrån din situation? (format/allians)

4. Reflektion över helheten och eventuella förbättringar

Om behandlingen skulle förändras på något sätt, vad hade gjorts annorlunda då?

- Vad var det bästa med behandlingen?
- Om du skulle ändra något i upplägget av behandlingen, vad skulle det vara?

Tidigare FoU-rapporter

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 spädbarns- 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 Kvalitetsmätt 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 Kartläggningsmaterial inom orientering och förflyttning. ISBN 978-91-7261-338-6

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rapport 6/2018 Grafisk AKK för barn. ISBN 978-91-7261-319-5
Rapport 5/2018 Kulturell kompetens i habiliteringsarbetet. ISBN 978-91-7261-318-8
Rapport 4/2018 Barns delaktighet i sin habiliteringsplanering. ISBN 978-91-7261-317-1
Rapport 3/2018 Kvalitetssäkring genom utvärdering. ISBN 978-91-7261-316-4
Rapport 2/2018 Bedömning av sömn. ISBN 978-91-7261-315-7
Rapport 1/2018 Självskattning av delaktighet. ISBN 978-91-7261-314-0
Rapport 7/2017 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-hjälpmedel. ISBN 978-91-7261-306-5
Rapport 8/2016 Konsekvenser av språklig deprivation hos vuxna teckenspråkiga... ISBN 978-91-7261-305-8
Rapport 7/2016 Förekomst av smärta, fatigue och undernäring hos vuxna med CP. ISBN 978-91-7261-304-1
Rapport 6/2016 Strukturerad analys för 24h positionering. ISBN 978-91-7261-303-4
Rapport 5/2016 En longitudinell studie över den kognitiva utvecklingen hos personer... ISBN 978-91-7261-302-7
Rapport 4/2016 DELAKTIGHET inom Habilitering och Hjälpmedel i Region Skåne. ISBN 978-91-7261-301-0
Rapport 3/2016 Hur kan habiliteringarnas informationsmaterial göras mer tillgängligt? ISBN 978-91-7261-300-3
Rapport 2/2016 Utvärdering av användandet av surfplattor för personer med afasi. ISBN 978-91-7261-299-0
Rapport 1/2016 Utbildning i kommunikation för föräldrar till barn som är blinda... ISBN 978-91-7261-298-3
Rapport 14/2015 Utvärdering av samtalsgrupp kring autism. ISBN 978-91-7261-297-6
Rapport 13/2015 Stödsamtal som re/habiliteringsinsats. ISBN 978-91-7261-296-9
Rapport 12/2015 Onödig ohälsa – en gruppinsats för ökad fysisk aktivitet... ISBN 978-91-7261-295-2
Rapport 11/2015 En forskningsöversikt över valida bedömningsinstrument... ISBN 978-91-7261-294-5
Rapport 10/2015 Att beröra och beröras. ISBN 978-91-7261-292-1
Rapport 9/2015 Visuella scener som AKK – en forskningsöversikt. ISBN 978-91-7261-292-1
Rapport 8/2015 Interventioner i bassäng – en kartläggning inom Vuxenhabilitering... ISBN 978-91-7261-291-4
Rapport 7/2015 Basal kroppskännedom för personer med funktionsnedsättning. ISBN 978-91-7261-290-7
Rapport 6/2015 Interventioner i bassäng. ISBN 978-91-7261-289-1
Rapport 5/2015 Föräldrars upplevelse av delaktighet i AKK-processen. ISBN 978-91-7261-288-4
Rapport 4/2015 Webaserad 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 försvärande 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 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 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 taktil massage påverkar ungdomar med smärtproblematik. ISBN 91-7261-043-3
Rapport 2/2004 Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning NIT. ISBN 91-7261-039-5
Rapport 1/2004 Från bildterapi till Cor ad Cor inom barn- och ungdomshabiliteringen. ISBN 91-7261-037-9
Rapport 3/2003 Tid till eget ansvar? ISBN 91-7261-036-0
Rapport 2/2003 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