

FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

FoU-rapport 1/2021

Exponeringsbaserad KBT för barn och unga med OCD

**Utvärdering av en intensiv behandlingsform i grupp
som utvecklats vid BUP Lund**

Verksamhet:	Barn- och ungdomspsykiatri Psykiatri, habilitering och hjälpmedel, Region Skåne
Enhet:	Mottagning 1 Lund
Projektansvarig chef:	Jeanette Wahlqvist, enhetschef Jeanette.Wahlqvist@skane.se
Projektets medarbetare:	Matti Cervin, specialistpsykolog, med dr Matti.Cervin@skane.se Åsa Waldo, fil dr, handledare FoUU-enheten Asa.Waldo@skane.se
Utgivning:	Februari 2021
ISBN:	978-91-7261-340-9
Layout:	Kommunikationsenheten

FoUU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom psykiatri och habiliteringen. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoUU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Cervin, M. & Waldo, Å. (2021). *Exponeringsbaserad KBT för barn och unga med OCD*. FoU-rapport 1/2021, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

Sammanfattning

OCD eller tvångssyndrom drabbar 1-2 % av alla barn och ungdomar och tenderar att bli kroniskt utan adekvat behandling. Den rekommenderade behandlingen är exponeringsbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT). Rätt utförd hjälper behandlingen upp till 70 % av unga med OCD, men få erbjuds rätt behandling. Syftet är att utvärdera en intensiv gruppbaserad behandlingsinsats för barn och ungdomar med OCD. Insatsen har utvecklats inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Lund och bygger på bästa tillgängliga forskning. Fem grupper som omfattade 32 barn och ungdomar med OCD och deras föräldrar utvärderades med hjälp av kvantitativa och kvalitativa metoder. Sex av tio hade efter behandling så få symtom att diagnos OCD inte längre var aktuell. Åtta av tio upplevde en tydlig förbättring i symtom. Fokusgrupper visade att insatsen upplevdes som hjälpsam, framför allt exponeringsarbetet tillsammans med psykologer, men att det intensiva upplägget fick avslutet att upplevas som abrupt. Ungdomarna önskade en längre insats och utökad möjlighet till exponering tillsammans med psykolog och föräldrarna önskade ett forum där de utan sina barn närvarande kunde utbyta erfarenheter. Studien visar att den intensiva gruppbehandling för OCD som utvecklats inom BUP Lund genererar resultat som står sig väl vid en internationell jämförelse.

Förväntad nytta för patienten är en effektiv behandling mot OCD.

Förord

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

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

I detta arbete har en behandlingsinsats för barn och ungdomar med OCD studerats. Projektet har genomförts av specialistpsykolog, med dr Matti Cervin vid Barn- och ungdomspsykiatri i Lund. Forsknings- och utvecklingsledare fil dr Åsa Waldo har varit handledare och ansvarat för den kvalitativa utvärderingen. Arbetet har genomförts med stöd från enhetschef Jeanette Wahlqvist och verksamhetschef Linda Welin. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av FoU-medel.

Ett stort tack riktas till de psykologer som varit med och utvecklat och genomfört behandlingen: Niklas Linderoth Asp, Elin Olsson, Katri Frankenstein, Theodor Meijas Nihlén, Robin Frostensson och Kajsa Dellgran. Ett stort tack också till de ungdomar och föräldrar som deltog i fokusgrupperna och delade med sig av sina erfarenheter.

Lund februari 2021

Daniel Lindqvist
Specialistläkare, docent
Chef för FoUU-enheten
Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	6
1.1 <i>Intensiv exponeringsbaserad KBT i grupp</i>	8
2. Syfte	9
3. Metod	9
3.1 <i>Deltagare</i>	9
3.2 <i>Materialinsamling</i>	10
3.3 <i>Behandlingsformatet</i>	12
3.4 <i>Analys</i>	13
3.5 <i>Etiska överväganden</i>	14
4. Resultat	15
4.1 <i>Effekt av behandlingsinsatsen</i>	15
4.2 <i>Fokusgruppintervjuer om behandlingsinsatsen</i>	18
5. Diskussion	26
5.1 <i>Studiens begränsningar</i>	28
6. Slutsatser	29
Referenser	30
Bilagor	36
<i>Bilaga 1: Intervjuguider</i>	36

1. Bakgrund

OCD (Obsessive-Compulsive Disorder) eller tvångssyndrom är ett allvarligt psykiatriskt tillstånd som drabbar cirka 1-2 % av barn och ungdomar (Geller, 2006; Kessler et al., 2005). Många unga med OCD har ett stort lidande och kan få svårt att fungera i skolan, med jämnåriga och i familjen (Piacentini et al., 2003; Stewart et al., 2017; Storch et al., 2018). Huvudsymtomen är återkommande tvångstankar och tvångshandlingar. Tvångstankar definieras i diagnosmanualen DSM som påträngande ångest- eller obehagsväckande tankar eller inre bilder som leder till tvångshandlingar som utförs för att kontrollera eller bli av med det obehag tvångstankarna skapar (American Psychiatric Association, 2013). För att diagnosen OCD ska bli aktuell ska symtomen antingen förekomma minst en timme om dagen, upplevas som väldigt påfrestande eller leda till sänkt förmåga att fungera i vardagen.

Tvångssymtom kan ta sig väldigt många uttryck och två personer med OCD har sällan exakt samma symtom. Forskning visar att symtomen kan indelas i fyra större symtomgrupper: (1) tvångstankar om ansvar, skada och katastrof och tvångshandlingar som handlar om att söka kontroll; (2) tvångstankar om religiösa eller sexuella tabuteman; (3) tvångstankar om symmetri/oordning och tvångshandlingar i form av iordningsställande och repetitiva beteenden; (4) tvångstankar om nedsmutsning och smitta och tvångshandlingar i form av tvättning, rengöring och överdriven renlighet (Mataix-Cols et al., 2005). Vanligt vid OCD är att tvångshandlingar måste upprepas tills det "känns helt rätt" eller tills den upplevda faran känns avvärjd (Cervin et al., 2020b).

Utan effektiv behandling tenderar OCD att bli kroniskt (Kessler et al., 2005; Skoog & Skoog, 1999) och för många påverkas skolgång, fritid och kompisumgänge starkt negativt (Perez-Vigil et al., 2018; Piacentini et al., 2003; Stewart et al., 2017). Vardagen blir i princip alltid påverkad eftersom symtomen ofta kretsar kring vardagliga aktiviteter, som till exempel toalettbesök, läsläsning, matsituationer eller att lämna hemmet. Det är också vanligt att föräldrar och syskon dras in i symtomen, vilket kan leda till att familjelivet helt kan komma att kretsa kring barnets tvångsproblem (Lebowitz et al., 2012; Lebowitz et al., 2014; Storch et al., 2007). De stora svårigheter som OCD för med sig åskådliggörs av att Världshälsoorganisationen WHO rangordnat OCD som ett av de tio medicinska tillstånd som leder till flest förlorade år (Murray et al., 1996).

Exponeringsbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT) är den rekommenderade behandlingen för barn och ungdomar med OCD (Geller & March, 2012; NICE, 2005; Socialstyrelsen, 2017). Denna behandling, med eller

utan tillägg av serotoninåterupptagningshämmande medicin, hjälper upp till 70 % av alla patienter (Ost et al., 2016). Grunden i exponeringsbaserad KBT är en metod som kallas exponering och responsprevention. *Exponering* innebär att personen med OCD utsätter sig för sådant som väcker symptom och obehag, till exempel genom att vidröra något som upplevs som smutsigt. Därefter följer *responsprevention*, som innebär att personen står emot att genomföra de tvångshandlingar som brukar följa i en dylik situation, till exempel att tvätta händerna. Ungefär hälften av alla barn och ungdomar med OCD som genomgår ett strukturerat behandlingsprogram som innehåller exponering och responsprevention uppfyller inte längre diagnoskriterier för OCD efter avslutad behandling. Forskning från Skåne har dock visat att även vid mottagningar där kompetensen om OCD är hög och där professionella med kunskap om exponeringsbaserad KBT arbetar blir färre än förväntat av med sin diagnos efter behandling (Cervin & Perrin, 2020). En förklaring till detta kan vara att terapeut och patient inte träffas tillräckligt ofta. Vid de mest framgångsrika behandlingsstudierna på området, där upp till 70 % blir av med sin diagnos, träffas terapeut och patient minst 90 minuter i veckan och exponering och responsprevention genomförs i princip alltid i närvaro av terapeut. I en ansträngd klinisk vardag, med små resurser och begränsad tid till varje patient, kan detta vara svårt att erbjuda. Av liknande anledningar uppmuntras patienter i klinisk vardag ofta att på egen hand genomföra viktiga delar av behandlingen, till exempel exponering och responsprevention. Detta är problematiskt eftersom forskning har visat att terapeuten bör *ta aktivt ansvar* för att viktiga moment i behandlingen genomförs, framförallt exponering och responsprevention, och att terapeuten ska *vara närvarande* vid genomförandet (Franklin et al., 2013).

I en vetenskaplig studie som följde upp unga patienter med OCD som fått behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Lund visade det sig att cirka ett år efter inledd behandling var enbart 32 % i full remission, det vill säga helt fria från sin diagnos (Cervin & Perrin, 2020). Dessa resultat kan jämföras med en annan studie från Skandinavien som visade att 66 % var i remission efter tre år (Melin et al., 2018). Vidare har meta-analyser där randomiserade behandlingsstudier analyserats, visat att i genomsnitt cirka 50 % av barn och ungdomar med OCD brukar vara i remission efter korrekt utförd exponeringsbaserad KBT (Ost et al., 2016).

Utifrån svårigheterna att erbjuda exponeringsbaserad KBT i ett format som verkligen hjälper barn och ungdomar med OCD har det inom BUP i Lund utvecklats en intensiv gruppbaserad insats för att undersöka om en sådan insats kan få bättre effekt än den behandling som erbjuds för tillfället. Insatsen utvecklades mot bakgrund av att det inom verksamheten erbjuds individuella behandlingar där terapeut och klient inte träffades tillräckligt

ofta och där exponering och responsprevention inte i tillräcklig utsträckning genomfördes med terapeut närvarande. Målet var att bygga upp en behandling som var intensiv och som innehöll mycket tid för terapeutledd exponering och responsprevention. Genom att ge insatserna i grupp var förhoppningen att använda resurser mer effektivt.

1.1 Intensiv exponeringsbaserad KBT i grupp

Behandlingen som utvecklades har sin grund i terapeutledd exponering och responsprevention. Terapeutledd betyder att terapeuter är närvarande när exponering och responsprevention sker och att terapeuten aktivt motiverar patienten att utföra olika exponeringar. Teorin bakom exponering som behandlingsmetod är att exponeringar utlöser obehag och ett behov av att utföra tvångshandlingar eller andra typer av beteenden (till exempel undvikanden) som får obehaget att reduceras eller kontrolleras. Genom att stå emot att utföra dessa handlingar minskar successivt styrkan på reaktionen och behovet att utföra tvångshandlingar. Till exempel kan patienter som är oroliga för smuts och sjukdomar motiveras att vidröra en toalett, vilket medför ett starkt behov av att tvätta händerna och att undvika att röra andra delar av kroppen. Efter denna typ av exponering kan patienten till exempel motiveras till att vidröra sitt ansikte med de "nedsmutsade" händerna. För många patienter minskar obehaget efterhand även om tvångshandlingar inte utförs. Det kallas habituering. En viktig komponent i behandlingsupplägget som utvecklades var att vårdnadshavare skulle vara med under terapeutledd exponering och responspreventionen. Syftet var att vårdnadshavare dels skulle lära sig om hur tvång kan behandlas, dels att de själva skulle hitta sätt att motivera och stötta sitt barn i att öva hemma.

Behandlingen som utvecklades var gruppbaserad. Det innebär att fem till sju familjer är med i varje grupp och introduktion till OCD och hur behandlingen genomförs gemensamt med alla familjer närvarande. Exponering med responsprevention sker dock enskilt med varje familj, men i direkt anslutning till de gemensamma informationsgenomgångarna. Gruppformatet valdes eftersom det erbjöd ökade möjligheter att tydligt presentera information om OCD och behandlingsupplägg genom i förväg utarbetade presentationer. Vidare gav gruppformatet ökad möjlighet att avstigmatisera OCD genom att patienterna fick träffa andra barn och ungdomar med liknande problem. Gruppformatet möjliggjorde också att patienterna kunde dra lärdomar av varandras framsteg och utmaningar.

Namnet på behandlingen är "Kurs för att bli av med OCD" och under hela behandlingen betonas vikten av att aktivt träna, det vill säga utföra exponering och responsprevention. Rationalen, det vill säga hur

behandlingsupplägget motiveras, vilar på en bild av att hjärnan fått för sig att vissa saker är väldigt farliga eller viktiga men att hjärnan har förstått fel. Behandlingen går därefter ut på att försöka lära hjärnan att den inte behöver fokusera på dessa saker. Ett återkommande moment är att "reta hjärnan", vilket är synonymt med exponering och responsprevention.

Även om behandlingen vilar på metoder som genomgått omfattande vetenskaplig utvärdering har just det behandlingsupplägg som utvecklats i Lund inte utvärderats. Det skapar osäkerhet kring om behandlingen är mer effektiv än de behandlingar som gavs innan inom BUP i Lund, där cirka en tredjedel av OCD-patienterna i Lund var i remission efter ett år (Cervin & Perrin, 2020), samt om resultaten ligger i linje med de stora behandlingsstudierna på området.

2. Syfte

Syftet är att prova och utvärdera den intensiva och gruppbaserade form av exponeringsbaserad KBT för barn och unga med OCD som utvecklats inom BUP i Lund.

3. Metod

Behandlingsinsatsen provades i fem omgångar under 2018-2020. Insatsen utvärderades kvantitativt och kvalitativt med hjälp av vedertagna självskattnings- och klinikerskattade instrument samt fokusgruppintervjuer som utgick från både barnens/ungdomarnas och föräldrarnas perspektiv.

3.1 Deltagare

Alla deltagare som genomförde behandlingen uppfyllde diagnoskriterier för OCD enligt DSM-5 och diagnosen bekräftades med hjälp av en strukturerad diagnostik intervju (MINI-KID; se nedan). Deltagarna rekryterades från en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning i Lund. Barn och ungdomar i ålder 7-17 år var aktuella för inklusion. Barn och ungdomar som hade andra psykiatriska tillstånd som var mer behandlingskrävande än OCD inkluderades inte. Barn och ungdomar med intellektuella eller språkliga svårigheter som skulle medföra svårigheter att ta till sig av informationen och gruppformatet inkluderades inte. Barn och ungdomar med ADHD och autism inkluderades om de inte uppfyllde något av ovanstående exklusionskriterier.

Sammanlagt deltog 32 barn och ungdomar (9-17 år) i fem olika behandlingsgrupper. I fokusgruppintervjuerna deltog fem ungdomar (11-17 år) och fyra föräldrar. Deltagarna hade samtliga medverkat i två nyligen

genomförda behandlingsgrupper. De kontaktades per telefon av projektansvarig och tillfrågades om de ville delta.

3.2 Materialinsamling

Ett antal mått på svårighetsgrad av OCD och funktionspåverkan genomfördes innan och efter behandling. Dessa mått användes som underlag för kvantitativa utvärderingar avseende i vilken utsträckning deltagarna förbättrades/försämrades samt hur många som uppnådde remission efter slutförd behandling. Kvalitativ metod i form av fokusgrupper användes för att undersöka patienternas subjektiva upplevelser av att genomgå behandlingsinsatsen. Följande mått användes:

Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID; Sheehan et al., 2010)

Kliniska psykologer genomförde den diagnostiska intervjun MINI-KID (Sheehan et al., 2010) med alla deltagare innan behandling för att säkerställa att diagnoskriterierna för OCD var uppfyllda. MINI-KID är en helstrukturerad diagnostisk intervju där symtomkriterierna för de vanligaste barn- och ungdomspsykiatriska tillstånden går igenom. Intervjun har visat goda egenskaper i att kartlägga och korrekt fastställa psykiatriska diagnoser hos unga (Sheehan et al., 2010) och relativt lovande resultat har påvisats även i en svensk BUP-kontext (Högberg et al., 2019).

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS; Scahill et al., 1997)

CY-BOCS är en klinikerledd intervju där svårigheten i de tvångssymtom en patient beskriver skattas med hjälp av tio frågor. Först genomförs en omfattande kartläggning av alla symtom och därefter skattas tvångstankar och tvångshandlingar separat utifrån tiden som tas i anspråk, funktionspåverkan, lidande, motståndskraft och förmåga att kontrollera symtomen. Varje fråga skattas på en skala från 0 till 4 där högre värden indikerar större svårigheter. Detta ger en totalpoäng på 0 till 40 poäng. En gräns på 15 poäng används ofta för att indikera när symtom befinner sig på en kliniskt signifikant nivå. CY-BOCS har visat goda psykometriska egenskaper i internationella och svenska studier (Cervin et al., 2019; Freeman et al., 2011; Storch et al., 2017).

*Obsessive Compulsive Inventory – Child Version
(OCI-CV; Foa et al., 2010)*

OCI-CV är ett självskattningsformulär för barn och ungdomar där olika typer av OCD-symtom skattas. Formuläret innehåller 21 påståenden och respondenten markerar i vilken utsträckning påståendet stämmer in på just dem. Exempel på påståenden är "Jag kontrollerar många saker om och om igen" och "Jag blir upprörd av dåliga tankar". Varje påstående skattas som *Aldrig*, *Ibland* och *Alltid* och dessa skattningar korresponderar till en skala från 0 till 2 poäng, vilket ger en totalpoäng på 0 till 42 poäng där högre skattningar indikerar allvarigare OCD-symtom. OCI-CV har uppvisat goda psykometriska egenskaper internationellt och i en svensk BUP-kontext (Aspvall et al., 2020; Foa et al., 2010; Jones et al., 2013) och en svensk studie har visat att formuläret kan användas för att skilja unga med OCD från unga med ångestsyndrom och tics (Aspvall et al., 2020).

*Education, Work and Social Adjustment Scale
(EWSAS; Jassi et al., 2019)*

EWSAS är en självskattningsskala där patienten markerar i vilken utsträckning de upplever att OCD hindrar i vardagen. Separata skattningar sker inom områdena skola, vardagssituationer, sociala aktiviteter, fritid samt familj och relationer på en skala från 0 till 8 där högre skattningar indikerar att OCD hindrar patienten mer i vardagen. EWSAS har utvärderats i Storbritannien och Sverige och dessa studier har indikerat att formuläret korrelerar som förväntat med andra mått på funktionspåverkan samt att det bästa sättet att använda skalan är att slå samman poängen från de fem skalorna till en totalpoäng (Jassi et al., 2019).

Utvärderingsskalor utvecklade specifikt för gruppinsatsen

Vid sista grupptillfället fick alla deltagare (barn/ungdomar och vårdnadshavare) utvärdera insatsen anonymt. För detta syfte designades tre frågor. Den första frågan löd "Hur mycket har behandlingen hjälpt dig med att bli av med din OCD?". När frågan ställdes till vårdnadshavare formulerades den som "[...] hjälpt ditt barn att bli av med OCD?". Respondenten fick markera ett värde på en skala från 0 till 10 där 0 motsvarade "Inte alls", 5 motsvarade "Mittemellan" och 10 motsvarade "Extremt". Respondenterna fick också besvara, på samma skala, "Hur mycket störde tvång innan gruppen?" samt "Hur mycket stör tvång idag?".

Fokusgrupper

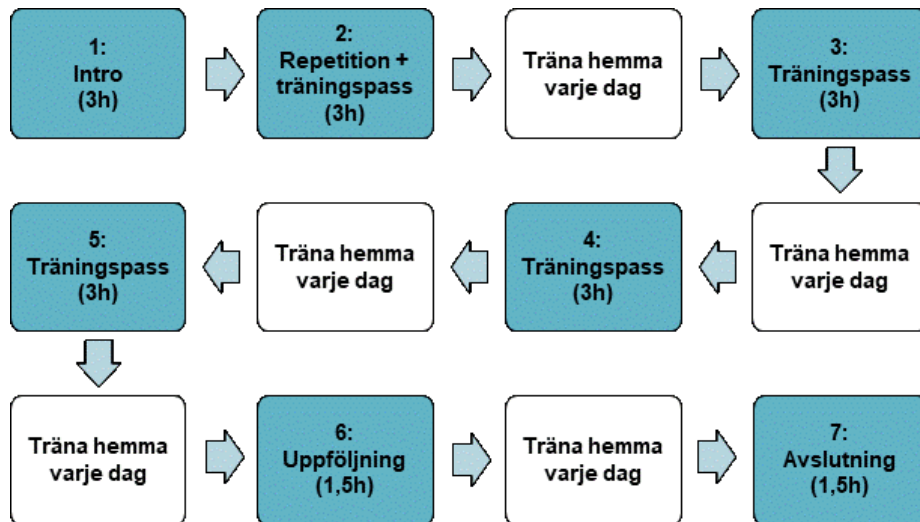
För att ta reda på barnens/ungdomarnas och föräldrarnas upplevelse av gruppinsatsen genomfördes två fokusgruppintervjuer med barn 11-17 år respektive föräldrar. Intervjuerna var halvstrukturerade för att säkerställa att viktiga komponenter i insatsen följdes upp, men samtidigt gavs utrymme för deltagarnas egna reflektioner. Frågorna handlade om hur deltagarna upplevde insatsen i sin helhet, nyttan av insatsen, terapeuternas ledning, träning i exponering och responsprevention samt gruppens betydelse (se intervjuguide i Bilaga 1). Fokusgrupperna innebar att deltagare från tre olika behandlingsgrupper möttes, vilket öppnade för olika perspektiv på genomförandet av behandlingsinsatsen. Intervjuerna spelades in.

3.3 Behandlingsformatet

Samtliga moment genomförs under sju veckor. Det första tillfället ägnas åt att gå igenom formen för behandling (att arbeta i grupp), information om OCD samt hur behandlingen går till, med fokus på exponering och responsprevention. Samtliga familjer har inför gruppstart varit på ett bedömningsbesök med en av de psykologer som medverkar och har vid detta besök börjat utforma problem- och mållistor, där barnet/ungdomen beskriver på vilka sätt tvångssymtom ställer till det i livet och vad hen vill kunna klara av efter behandlingen. Redan vid det första grupptillfället inleds terapeutledd exponering och responsprevention och denna insats står i fokus under de första fem grupptillfällena. En viktig komponent är att familjen mellan mötena tränar på exponering och responsprevention hemma och att föräldrarna då leder övningarna. Grupptillfälle sex ägnas åt att uppdatera problem- och mållistor och utvärdera vilka problem som kvarstår/uppkommit samt i vilken utsträckning barnet/ungdomen uppnått sina mål. Fokus läggs också på att få familjen att själv ta ansvar för exponering och responsprevention. Vid det sjunde och sista tillfället riktas fokus mot hur familjen kan bibehålla de framsteg som gjorts och hur återfall i tvång kan motverkas. Fyra veckor efter det avslutande grupptillfället sker en individuell uppföljning med psykolog där förnyade symptomskattningar genomförs. Upplägget för behandlingen visas i Figur 1.

Tre legitimerade psykologer deltog vid varje grupp. Vid två av grupperna deltog även två psykologkandidater som genomförde sin praktik på BUP. Psykologkandidaterna förstärkte genom att genomföra terapeutledd exponering och responsprevention. De legitimerade psykologer som ledde gruppen hade antingen varit med och utvecklat insatsen eller fått utbildning internt och hade genomfört bedömningar med alla deltagande familjer innan insatsen. Psykologerna har ansvar för olika delar av

introduktionen och växlar under exponering och responsprevention mellan familjerna. Skräddarsydda insatser är dock vanliga och vid mer komplicerad problematik kan en enskild psykolog arbeta återkommande med en familj.



Figur 1. Upplägg för behandlingen.

Behandlingen är mer intensiv i början. De första fyra träffarna sker under två veckor, medan de två sista träffarna sker med två veckors mellanrum.

3.4 Analys

För att undersöka effekterna av behandlingen beräknades skillnaden i CY-BOCS före och efter behandling med hjälp av ett upprepat t-test. Även hur stor andel som efter behandling hade under 15 poäng på CY-BOCS analyserades. Detta har använts som en markör för att ha upplevt en tydlig förbättring av behandling i tidigare studier (Storch et al., 2010). Vidare beräknades hur många som hade uppnått en förbättring, jämfört med innan behandling, motsvarande 35 % på CY-BOCS, vilket indikerar en tydlig förbättring i symtom (Mataix-Cols et al., 2016). Effektstorlekar räknades ut med hjälp av Cohen's d för upprepade mätningar, där ett värde över 0,80 anses motsvara en stor effekt. Alla statistiska analyser genomfördes i R Studio, Version 1.1.447. Förändringar på OCI-CV och EWSAS analyserades på ett liknande sätt med hjälp av upprepade t-test och effektstorleksberäkningar. Slutligen jämfördes effekterna mätta med CY-BOCS med effekterna vid tidigare genomförda behandlingsstudier av exponeringsbaserad KBT för barn och ungdomar med OCD.

Materialet från fokusgrupperna transkriberades verbatim och analyserades utifrån deltagarnas upplevelse vad gäller nytta/effekt av insatsen, terapeuternas närvaro/stöd, exponering/responsprevention samt gruppens betydelse. Reflexiv tematisk analys (Braun et al., 2019) användes för att identifiera och analysera mönster och variation i materialet.

3.5 Etiska överväganden

De kvantitativa mätningarna genomfördes individuellt med varje patient och familj. Data analyserades enbart på gruppnivå och inga enskilda resultat tolkades eller presenterades. Anonymiteten kunde därför skyddas. Fokusgruppintervjuerna genomfördes av en person som inte har koppling till mottagningen. Detta bedömdes öka sannolikheten att fokusgruppdeltagarna kunde uttala sig mer fritt om behandlingsinsatsen. Deltagarnas uttalanden avidentifierades både för behandlande personal och i resultatredovisningen.

4. Resultat

Resultatet redovisas i två delar. Den första beskriver den kvantitativa utvärderingen och den andra intervjuerna i fokusgrupper.

4.1 Effekt av behandlingsinsatsen

För att ta reda på vilken effekt behandlingsinsatsen hade på ungdomarnas tvång användes ett antal utfallsmått före och efter insatsen. Skattningar gjordes både av ungdomarna (OCI-CV, EWSAS) och behandlarna (CY-BOCS). Både ungdomar och föräldrar skattade även i vilken utsträckning tvång störde i vardagslivet och hur hjälpsam behandlingen varit. I Tabell 1 redovisas medelvärden och standardavvikelser för samtliga utfallsmått.

Tabell 1. Medel och standardavvikelser för samtliga mått samt effektstorlek för skillnaden före och efter behandling.

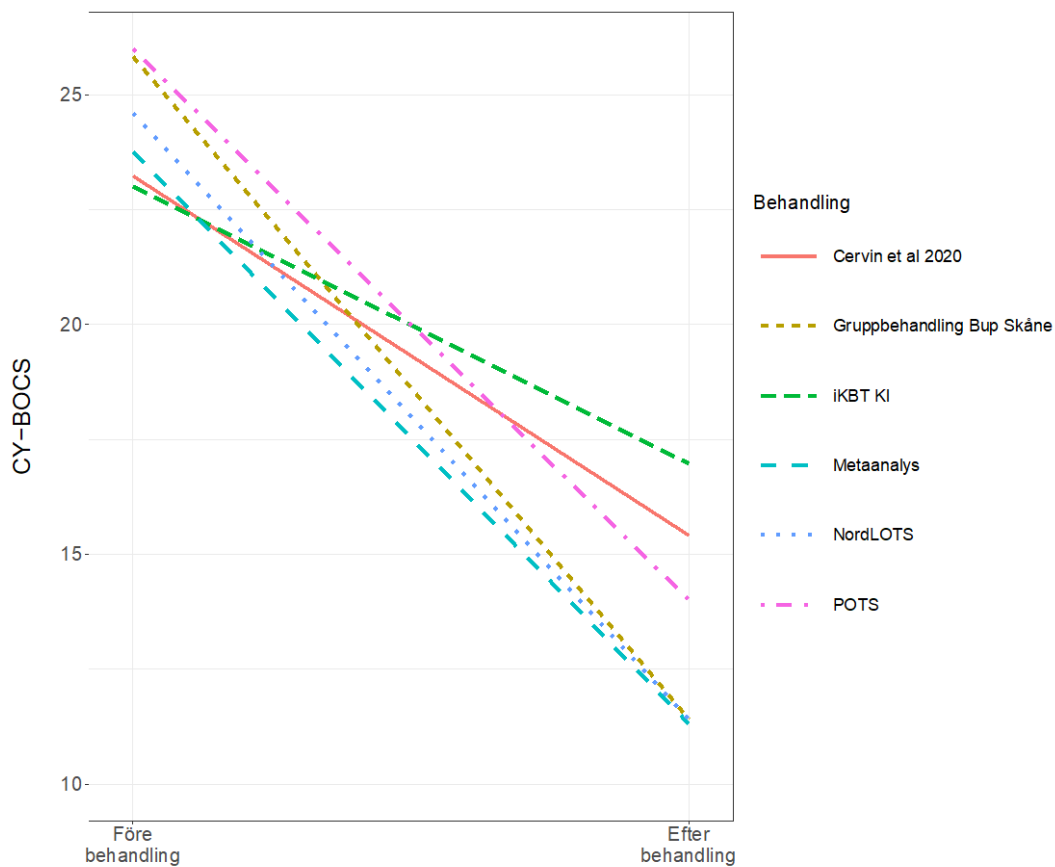
	Före behandling <i>M (SD)</i>	Efter behandling <i>M (SD)</i>	Cohen's <i>d</i>
CY-BOCS, 0-40	25,83 (4,92)	11,41 (7,85)	1,64*
OCI-CV, 0-42	18,88 (6,60)	10,25 (6,73)	1,30*
EWSAS, 0-40	15,72 (9,05)	6,67 (7,55)	1,05*
Störd av tvång (barn/ungdom), 1-10	8,92 (1,47)	4,06 (2,71)	3.12*
Störd av tvång (vårdnadshavare), 1-10	8,85 (1,10)	3,88 (2,40)	4,66*
Behandlingens hjälpsamhet (barn/ungdom), 1-10		8,36 (1,73)	
Behandlingens hjälpsamhet (vårdnadshavare), 1-10		8,53 (1,48)	

Kommentar. Den statistiska jämförelsen för CY-BOCS baserades på komplett före- och efterdata från 29 deltagare. Jämförelserna för OCI-CV och EWSAS baserades på komplett data från 23 deltagare. Störd av tvång före och efter behandling baserades på data från 24 barn/ungdomar och 31 vårdnadshavare och behandlingens hjälpsamhet på data från 25 barn/ungdomar och 31 vårdnadshavare. CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. EWSAS = Education, Work and Social Adjustment Scale. OCI-CV = Obsessive Compulsive Inventory – Child Version. * indikerar $p < .001$.

När deltagarnas skattningar före och efter behandling jämfördes blev det tydligt att stora förbättringar skett på samtliga utfallsmått (Cohen's $d > 0,80$). Samtliga förbättringar var statistiskt signifikanta ($p < .001$). Störst förändring sågs på skalan som mätte i vilken utsträckning tvång upplevdes

störa i vardagen samt CY-BOCS (som mäter allvarlighetsgrad av tvångssymtom). Något lägre effekter sågs på självskattningsskalorna OCI-CV och EWSAS, som mäter självskattade tvångssymtom respektive i vilken utsträckning tvång påverkar förmågan att fungera i vardagen. Deltagarnas skattningar av i vilken grad behandlingen haft effekt (beskrivet som "hur mycket har behandlingen hjälpt dig" i formuläret) visade en medelskattning av ungdomar på 8,36 och av föräldrar på 8,53 på en skala från 1 till 10 där 10 motsvarar "Extremt hjälpsam" och 5 "Mittemellan". Nitton av 29 deltagare (62 %) hade ett värde under 15 på CY-BOCS efter behandling (vilket i tidigare forskning har visat sig indikera en nivå av tvång som inte längre ställer till det i vardagen) och 22 av 29 deltagare (76 %) hade förbättrats mer än 35 % på CY-BOCS (vilket i tidigare forskning har visat sig indikera en tydlig förbättring jämfört med innan behandling).

I Figur 2 jämförs svårighetsgraden i tvångssymptom (CY-BOCS) före och efter behandling med resultat från den internationella litteraturen gällande exponeringsbaserad KBT för barn och ungdomar med OCD. Figuren illustrerar att ett startvärde på CY-BOCS tenderar att ligga mellan 23 och 27 poäng i samtliga studier och att spridningen i CY-BOCS efter behandling är relativt stor. En viktig jämförelse är mellan resultaten från gruppbehandlingen och de resultat som presenteras i Cervin et al. (2020b) (orange linje). I denna studie presenteras utfall för barn och ungdomar med OCD från BUP Lund som fick behandling innan gruppbehandlingen infördes. Jämförelsen visar att gruppbehandlingen ger bättre resultat (CY-BOCS efter behandling: 11,4 vs 15,4). Figur 2 visar också att gruppbehandlingen når liknande resultat som i den största nordiska behandlingsstudien för OCD hos barn och ungdomar (NordLOTS, Torp et al., 2015; blå linje) samt betydligt bättre resultat än internetbaserad behandling (iKBT, Lenhard et al., 2017; grön linje), som utformats och utvärderats av forskare vid Karolinska Institutet. En intressant jämförelse är med resultaten från en nyligen genomförd meta-analys (turkos linje) där resultat från samtliga randomiserade kontrollerade studier som utvärderat exponeringsbaserad KBT för OCD hos barn och ungdomar sammanställdes (Cervin et al., 2020a). Denna meta-analys visade att stringent utförd exponeringsbaserad KBT för barn och ungdomar med OCD ska generera en reduktion på CY-BOCS mellan 11 och 14 poäng från före till efter behandling. Gruppbehandlingen genererade en reduktion på 14 poäng och når således upp till dessa kvalitetskrav. POTS (2004; rosa linje) är den första stora randomiserade studien gällande effekten av KBT vid OCD hos barn och ungdomar.



Figur 2. CY-BOCS före och efter behandling i ett antal studier där barn och ungdomar med OCD behandlats med exponeringsbaserad KBT.

Kommentar. KBT = Kognitiv beteendeterapi. CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. iKBT = internetbaserad KBT. KI = Karolinska institutet. NordLOTS = Nordic Long-Term OCD Treatment Study. POTS = Pediatric OCD Treatment Study.

Sammantaget visar den kvantitativa utvärderingen att behandlingen leder till stora förbättringar på samtliga utfallsmått. Störst förbättring sker på de mått som mäter tvångssymtom.

4.2 Fokusgruppintervjuer om behandlingsinsatsen

Som beskrivits i bakgrunden bygger behandlingsinsatsen på exponeringsbaserad KBT, men har ett upplägg som utmärker sig med några specifika komponenter: 1) ett intensivt behandlingsupplägg, 2) en tydlig terapeutledning, 3) involvering av vårdnadshavare, och 4) genomförande i grupp. I detta avsnitt presenteras resultaten som bygger på intervjuer i fokusgrupper med barn/ungdomar respektive föräldrar. Avsnittet är disponerat i de fyra delar som listas ovan och avslutas med en del 5) om den upplevda effekten av insatsen.

Intensiv behandling

Insatsen inleds med två träffar per vecka under de första veckorna och därefter avtar frekvensen. Intervjuerna visar att intensiteten uppskattas av både ungdomarna och föräldrarna. Föräldrarna beskriver det som en utmaning att hinna med att träna på exponering och responsprevention mellan träffarna i början, men menar samtidigt att intensiteten fick dem att verkligen prioritera behandlingen och se till att det skapades tillfällen att träna med ungdomarna.

Ja jag tycker att det [det intensiva upplägget] var bra. Jag tror att det behövdes, man hade nog tappat längs vägen annars. Det var rätt så lagom att komma hem och så tvingas att jobba på lite därhemma för att man inte hade så mycket tid tills nästa gång man sågs.

Man kom hem tisdag eftermiddag och så bara, okej nu har vi onsdag, torsdag, sen ska vi vara där igen. Och ja, då är man så illa tvungen.

Intensiteten gav dem ett tydligt fokus som blev svagare när intensiteten minskade. Föräldrarna konstaterar att det var vanligare att träningen blev nedprioriterad eller inte hanns med när intensiteten minskade.

Vi upplevde mycket bättre resultat under den första delen som var tätare än vi gjorde under den senare som var gles. Säkert också delvis på grund av kontakten med gruppen, men säkert också på grund av att man som förälder inte blir lika duktig på uppföljning.

Det var ju oftare som det var att någon av oss inte hade gjort nånting när det blev glesare mellan gångerna.

För ungdomarna innebar intensiteten att det blev ett tydligt fokus på deras OCD och deras träning, vilket de uppskattade. De ger uttryck för att de gärna hade sett att behandlingen pågick lite längre än de sju veckor den gjorde och menar att det hade gjort stor skillnad om de fått träna lite till.

Jag tycker nästan att man hade kunnat ha typ en eller kanske två veckor till... Så att man faktiskt fick, typ en vecka till med att öva.

Jag hade velat ha typ en vecka till, att faktiskt öva och inte bara återsamlas. För då tror jag att, det hade liksom hjälpt att få den där extra lilla övningen och se till så att det faktiskt är borta.

Så kanske två veckor till eller så. Jag tyckte det var lite för lite. Alltså jag kände i slutet, det var då man hade kommit igång som mest liksom.

Ungdomarna beskriver att de upplevde slutet på behandlingen som mycket abrupt. Det gick från att det var fullt fokus på träningen till att behandlingen avslutades och det endast återstod ett uppföljande möte med en psykolog. De menar för att de inte var beredda på att det skulle ta slut så plötsligt.

Det blev lite för abrupt slut liksom.

Nä men jag tror att om man har arbetat väldigt aktivt under en viss period, då tror jag inte det är positivt att man plötsligt slutar allting och sen ska man arbeta hemma, det fungerar inte. Så att man just förlänger det, det tror jag är viktigare framför allt för att se, kunna arbeta längre fram, inte att alltihop tar slut helt plötsligt.

Man var liksom inte beredd på ah men nu kommer vi inte att öva här mer.

Ungdomarna efterlyste även en tydligare plan för hur de skulle gå vidare efter behandlingsinsatsen och hade gärna sett flera uppföljande möten. I sammanhanget kan det nämnas att de fokusgrupper som ligger till grund för analysen var uppskattade av både föräldrar och ungdomar. Mötena gav dem tillfälle att utbyta erfarenheter om insatsen och träningen. För ungdomarna var det tydligt att ett samtal med andra ungdomar om tiden efter behandlingen och hur deras tvång påverkats var värdefullt.

Intervjuerna visar alltså att det intensiva upplägget var uppskattat och att det bidrog till en kontinuerlig träning. För ungdomarna blev det ett plötsligt slut när behandlingen avslutades och de menar att några veckors träning till hade gjort stor skillnad. Både föräldrar och ungdomar menar att någon uppföljande träff hade varit positivt för att reflektera och utbyta erfarenheter.

Terapeutledd träning

De närvarande psykologerna tog aktiv del i genomförandet av exponering och responsprevention och detta uppskattades av deltagarna. Både föräldrar och ungdomar ger uttryck för att psykologerna lyckades få ungdomarna att utsätta sig för ångestnivåer de inte trodde var möjliga. Ungdomarna menar att de ibland höll sig på "bekväma" nivåer av ångest, men att det krävdes höga nivåer för att åstadkomma förändring. Föräldrarna menar att de aldrig hade klarat av att utsätta sina barn för situationer som gav dem så stark ångest. Psykologernas roll som drivande och stöttande beskrivs som mycket viktig för träningen och resultatet.

Alltså vi [ungdomen och psykologen] gjorde liksom samma saker, för då fick jag också en annan känsla. Så det var inte bara moraliskt stöd utan det var också rätt så konkret att de sa till: 'Nä men nu gör vi detta här och nu.'

För mig var det mer att psykologen hjälpte till så att jag faktiskt gjorde sakerna, att jag inte bara... ah men typ kompromissade för mycket. Utan att man faktiskt pushar, att jag faktiskt utsätter mig, vilket jag inte hade kunnat göra själv om det bara hade varit jag och mina föräldrar liksom. Så jag tycker det var väldigt viktigt att få den pushen att faktiskt göra det.

För jag tyckte det allra viktigaste som jag fick lära mig från kursen var ju verkligen när psykologerna var med. För det var då det gick bäst. Det var då man gjorde mest framsteg liksom.

Det faktum att det var färre psykologer än deltagande ungdomar gjorde att det fanns tillfällen när familjerna fick klara sig utan terapeut. Eftersom psykologernas stöd uppfattades som så centralt för att lyckas hade ungdomarna gärna sett fler psykologer. Framför allt hade de velat ha en tydligare struktur för när man skulle få stöd.

Jag tror det hade varit bättre kanske med lite fler psykologer [som kunde följa med till andra platser], än mer insatser på plats. Det tror jag hade hjälpt rätt så mycket mer. För det fanns ju rätt så många i vår grupp tyckte jag som behövde ha psykologer med sig hela tiden.

Jag tror det hade varit liksom ännu bättre om det hade varit planerat med att man skulle få lov att ha med sig en psykolog. För nu blev det liksom lite förstatjning på vem som fick ha med sig dem.

I (intervjuare): Skulle man då egentligen haft en psykolog per ungdom eller?

IP1 (intervjuperson 1): *Ja eller att de hade mer styrt upp det. Att under gång två och tre och fyra då får du ha tillgång till en psykolog under hela passet eller så.*

IP2: *Eller typ första delen av passet så får du ha en psykolog med eller nåt sånt. Så att det liksom är säkert att alla får. För det var vissa gånger när jag var helt själv med mina föräldrar.*

Ungdomarna ger även uttryck för att matchningen psykolog-ungdom är viktig. De beskriver både exempel på bra samarbete med en viss psykolog och när det inte fungerade så bra. En fördel med att få stöd av samma psykolog hela tiden menar de är att slippa förklara sina svårigheter flera gånger. Ungdomarna menar att det kan vara svårt att komma på lämpliga övningar för en psykolog som inte är insatt i ens svårigheter.

Där känner jag också att psykologerna, det var mycket, när de kom fram till en så visste de inte riktigt vad man hade problem med, så man fick hela tiden förklara vad det var man tyckte var jobbigt. (---) Så jag tror det hade varit bättre om de hade fått tilldelat lite mer.

Utifrån intervjuerna kan det konstateras att den tydliga terapeutledningen upplevdes som mycket positiv, framför allt för att den innebar att ungdomarna faktiskt genomförde exponeringarna och kom upp i höga ångestnivåer, vilket gav mer effekt på deras tvång. Ur förbättringssynpunkt efterfrågas en tydligare struktur för när och hur terapeutstödet fördelas.

Föräldrarnas närvaro och roll

Föräldrar och ungdomar deltar i behandlingen tillsammans och föräldrarna har en viktig roll i att motivera och stötta sina barn i träningen, inte minst mellan träffarna. Ungdomarna ser det som positivt att föräldrarna var med på behandlingsinsatsen eftersom de då får en bättre förståelse för ungdomarnas svårigheter och lär sig hur de kan stötta dem.

Och så var det bra stöd att ha med sig sina från familjen, som man kan prata med. Och så får man hjälp hemma med det.

Det är bra också att om man får tvång igen då så har föräldrarna varit med och vet hur man ska träna och kan hjälpa till om man själv inte orkar eller vet hur man ska göra liksom.

Nä men det jag tyckte framför allt var positivt, det var att föräldrarna förstod, alltså vad tvång var för nånting... och hur vi själva kände oss.

Samtidigt finns det en viss tveksamhet kring att träna exponering och responsprevention för mycket med sina föräldrar eftersom det kräver att man öppnar upp sig helt för dem och det är inte säkert att man vill det.

Dessutom menar man att det är svårt för föräldrarna att pusha på samma sätt som psykologen.

Men föräldrar de har ju ett annat band till en, så de känner mer emotionellt liksom... De ser att det är jättejobbigt och blir ledsna, medan en psykolog är mer professionell och liksom, nä men nu så tar du dig igenom detta och det blir bättre sen...

Jag tränade ganska ofta, att det var bara jag och en psykolog och mina föräldrar fick liksom göra något annat. För jag tyckte det var mycket lättare, speciellt när mina föräldrar började med kommentarer som 'Ah men hur känns det jobbigt?' För de fattade inte riktigt vilka frågor de skulle ställa. Så det blev lite fel.

Föräldrarna ger uttryck för ett stort behov av någon form av föräldraforum där de hade kunnat utbyta erfarenheter och prata med varandra utan att ungdomarna var närvarande. De menar att det var en utmaning att vara stöd i träningen därhemma och att de ibland var osäkra på hur de skulle hantera konflikter som uppstod. Som föräldrar hade de kunnat utgöra ett viktigt stöd för varandra.

Jag hade önskat något forum för oss föräldrar. För någon gång vet jag att jag sa något sånt 'Det är inte helt lätt. Det skapar lätt konflikter' och alla bara liksom 'Ja'. Alltså där hade jag så gärna önskat att man kunde fått ta upp den tråden.

Jag skulle som sagt velat ha lite mer av det här, diskussioner i mindre grupper eller att vi föräldrar satt någon gång och pratade och ungdomarna hade fått utbyta lite... Jag tror att det hade blivit lite andra diskussioner av det. Vi hade kunnat delge varandra på ett helt annat sätt och man pratar på ett helt annat sätt när inte barnet är närvarande. Och de själva hade ju kunnat öppna sig säkert på ett helt annat sätt också när inte vi var där. Så jag tror att det hade gett mycket.

Det bygger ju hela tiden på att vi ska liksom hjälpa till... och i det verktygandet så hade man kanske behövt delge varandra, alltså hur står man fast i det här, när du ser att ditt barn är helt, alltså det är panikångest och det är... Och så ska man stå bredvid och liksom 'Det klingar av'.

Med utgångspunkt i intervjuerna kan det konstateras att föräldranärvaron upplevs som positiv av ungdomarna. Framför allt för att det ger föräldrarna en bättre förståelse för hur det är att ha tvång och för att de utgör ett viktigt stöd för ungdomarna. Det är dock tydligt att ungdomarna i första hand vill få hjälp av psykologerna i träningen. Föräldrarna å sin sida ger tydligt

uttryck för ett behov av att få utbyta erfarenheter och fungera som stöd för varandra. Det hade även bidragit till att tydliggöra deras roll i behandlingen.

Gruppfaktorn

Ungdomarna tyckte att det var positivt att träffas i grupp. Det gav dem en känsla av att inte vara ensamma med sina svårigheter, att det fanns andra i samma situation och att de var som vem som helst. Mötet med andra som hade liknande erfarenheter gjorde också att ungdomarna fick tips av varandra och blev motiverade att träna. Eftersom träffarna inleddes med en gemensam genomgång där ungdomarna fick berätta vad de gjort sedan sist och hur träningen hade gått innebar gruppfaktorn en social press att faktiskt träna mellan gångerna.

Det var bra också att man fick se att det, alltså att man inte var ensam med det och att det var många som kunde känna likadant.

Alltså jag tänker att, att vara i grupp, jag tror att det som hjälpte mig mest det var att man kände en drivkraft för att arbeta och visa att man kunde åstadkomma nånting. Och sen kan man också ta hjälp av hur andra gjorde.

Jag blev typ motiverad till att öva inför de här träffarna, för liksom man kan ju inte komma dit och säga att man inte har övat.

Ungdomarna tog upp gruppsammansättningen som en viktig fråga. Det handlade om åldersspannet där barn i sjuårsåldern ingick i samma grupp som tonåringar. Ungdomarna menade att det kunde vara svårt för en sjuåring att relatera till de problem som en sexton-sjuttonåring upplevde. De menade också att de yngre barnen inte hade haft OCD så länge, inte riktigt visste vad de hade för svårigheter och inte kunde ge uttryck för vad de upplevde. Här fanns dock även den omvända synpunkten att det kunde vara värdefullt med erfarenhetsutbyte även mellan olika åldrar.

Det stod ju att det skulle vara ungdomar, och jag vet inte riktigt om man kan räkna en sjuåring till den kategorin.

Jag tror att inom samma åldersgrupp så har man större förståelse för varandra. Jag förstår ju andra fjorton-, femtonåringar på ett bättre sätt än jag förstår en åttaåring till exempel.

Men i vår grupp så var det mer att de inte riktigt ville, alltså de hade inte riktigt samma motivation... Så jag tror att de hade fått mer utbyte, alltså de kanske kände sig stressade av att vi gjorde så mycket också, vi som var lite äldre, medan de inte gjorde så jättemycket...

Jag tyckte ändå att det funkade bra att man var blandat. Så jag tyckte inte att det var något problem att några var unga och vissa var ungdomar.

Även föräldrarna menade att gruppsammansättningen kunde varit mer genomtänkt. De resonerade kring om faktorer som ålder, typ av problematik och hur länge man haft OCD kunde vara grund för en gruppindelning, men var osäkra på vad som skulle vara bäst.

Intervjuerna visar att både föräldrar och ungdomar tyckte att det var positivt att träffas i grupp. Dels handlade det om en avstigmatisering och igenkänning att träffa andra i samma situation och dels fanns det ett positivt gruppsytryck som motiverade ungdomarna till att träna mellan träffarna. Det framgår även att gruppsammansättningen kan förbättras. Ungdomarna menar framför allt åldersspannet är viktigt eftersom det har betydelse för deltagarnas mognad och sjukdomsinsikt, för förmågan att kunna reflektera kring sin OCD. Här gick dock åsikterna isär.

Upplevd effekt av insatsen

Samtliga ungdomar menar att insatsen hjälpte dem att minska sina besvär av tvång, att behandlingen hade en tydlig effekt. Några relaterar till det bedömningsinstrument de fick fylla i före och efter insatsen och beskriver en tydlig förbättring. Det kan samtidigt noteras att de inte ser sig som helt fria från sitt tvång.

Jag tyckte att det hjälpte väldigt mycket och när vi nu efter hade sån uppföljning och man skulle svara på frågor och se var man låg på sån OCD-skala, då hade ju mitt minskat med mer än tjugo siffror eller alltså på skalan, så det var precis att jag hade kvar det.

Alltså för mig har det hjälpt jättemycket. För när det var som mest kunde jag liksom, jag kunde knappt gå till skolan, jag kunde knappt vara hemma. Till att det idag är liksom, ah men det är inget problem att träffa kompisar eller åka till skolan eller göra grejer alls. Även om tvånget fortfarande finns kvar så är det inte så att det hindrar mig att göra saker längre. Så för mig har det gått från att vara typ nio, tio till att vara två, tre.

Jo men jag skulle inte säga att det är en jätte jättestor förändring faktiskt. Jag har fortfarande kvar tvång och de kan vara väldigt, väldigt jobbiga ibland. Men det har blivit bättre. Jag får inte panik-attacker eller skriker rakt ut nån gång. Nä det får jag inte längre.

I intervjun blev det tydligt att ungdomarna känt av sitt tvång redan tidigt i livet, långt innan det blivit ett problem för dem. Tvånget är därför nära förknippat med deras självbild och de förväntar sig att det kan dyka upp

igen i framtiden om de mår dåligt eller är stressade någon period. De menar dock att behandlingsinsatsen har gett dem strategier och verktyg för att hantera tvånget.

Jo det har gått ganska bra och jag har nästan inga tvång kvar. Men det kan fortfarande uppstå tvång när det är jobbiga saker som händer eller så. Eller om jag mår dåligt eller om... jag typ är nervös inför något prov eller så, kan det uppstå tvång. Och ja då får jag väl öva på att stå emot.

Nä men jag ser inte mig själv utan tvång, det gör jag inte idag. Det känns som att jag alltid kommer att ha ett tvång. Men jag har ju strategierna och verktygen för att arbeta med det, så jag tänker att jag ska försöka bli av med det. Men psykologen har själv sagt att man kommer aldrig att bli av med det, men det kan bli enklare.

IP: Det kommer ju att gå bort förr eller senare. Tänker jag mig. Men jag tror definitivt att, för mig personligen kommer det ganska säkert tillbaka om jag typ mår dåligt eller så. Så jag tror att det kommer alltid att vara med mig liksom.

I: Men tror du då att du behöver söka hjälp igen eller har du fått tillräckligt med redskap här?

IP: Nä jag tror jag ändå har fått tillräckligt för att det ska gå att klara det själv.

Även föräldrarna resonerade kring vad det egentligen innebär att bli *fri* från tvånget. De menar att det kanske är orimligt att tänka sig att ungdomarna blir så fria att de aldrig någonsin igen funderar kring saker som gett dem tvångstankar. Enligt dem är kanske en mer rimlig definition på fri är att tvånget inte kontrollerar ungdomarnas liv och vad de gör längre.

Intervjuerna visar att samtliga ungdomar hade nytta av insatsen. Behandlingen hade en tydlig effekt i termer av minskat tvång. Även om inte allt tvång är helt borta och det finns kvar som ett hot i framtiden, menar ungdomarna att de fått strategier och redskap för att kunna hantera tvånget. Det finns en positiv syn att det är möjligt att bli av med OCD, men även en medvetenhet om att det kräver hårt arbete.

5. Diskussion

Syftet med denna studie är att utvärdera en intensiv och gruppbaserad behandling för OCD som utvecklats inom BUP Lund för att förbättra behandlingsutfallet för barn och ungdomar med OCD. Behandlingen var baserad på exponeringsbaserad KBT, vilket är den mest beforskade insatsen vid OCD och den insats som har bäst vetenskapligt stöd. Tillvägagångssättet skilde sig dock jämfört med traditionell KBT på fyra huvudpunkter: 1) ett intensivt behandlingsupplägg, 2) en tydlig terapeutledning, 3) omfattande involvering av vårdnadshavare, och 4) genomförande i grupp. Sammanfattningsvis visar resultaten att behandlingen är effektiv och tydligt lever upp till de krav på symtomförbättring som identifierats genom vetenskapliga studier på området (Cervin et al., 2020a). Drygt 60 % av alla som genomgick behandlingen hade efter behandling symtom som inte längre var av sådan allvarlighetsgrad att diagnosen OCD var aktuell. En stor andel (76 %) uppnådde också en signifikant behandlingsrespons, vilket definieras som att symtom har förbättrats med minst 35 % jämfört med innan behandling. Tydliga förbättringar sågs även på självskattade tvångsymtom, självskattning av hur mycket tvång hindrar i vardagen samt hur mycket tvång stör i livet.

Bakgrunden till varför gruppbehandlingen utvecklades var en forskningsutvärdering som visade att det gick sämre än förväntat för barn och ungdomar med OCD som fick behandling vid BUP i Lund. En viktig jämförelse var därför att se om gruppbehandlingen gav bättre resultat än vad som uppnåts tidigare. Svaret blev ett entydigt ja. Av 111 barn och ungdomar med OCD som erhöll behandling innan gruppbehandlingen utvecklades hade 47 % ett CY-BOCS-värde under 15 efter behandling. Detta ska jämföras med 60 % av dem som genomgick gruppbehandlingen. Skillnaden blev ännu tydligare när andelen som tydligt svarat på behandlingen jämfördes. Denna andel var 76 % i gruppbehandlingen, vilket ska jämföras med 46 % hos de som fått behandling tidigare. Ytterligare indikationer på att gruppbehandlingen håller hög kvalitet är att skillnaden på 14 poäng på CY-BOCS (från före till efter behandling) överträffar det intervall på en reduktion mellan 11 och 14 poäng som är riktlinje för gediget utförd KBT vid OCD hos barn och ungdomar (Cervin et al., 2020a).

Orsakerna till de tidigare måttliga behandlingsresultaten vid BUP i Lund antogs vara att terapeut och patient inte träffades tillräckligt ofta samt att terapeutledd exponering och responsprevention erbjöds i för liten utsträckning. Genom gruppbehandlingen skapades ett format där dessa delar av behandlingen säkrades, framförallt genom ett intensivt upplägg där psykologer och familjer arbetade tillsammans med exponering och

responsprevention under tre timmar långa pass. Gruppformatet valdes för att barn och ungdomar med OCD skulle ges möjlighet att träffa andra med liknande svårigheter. En tydlig involvering av föräldrar antogs vara central för att öka sannolikheten att föräldrar under och efter avslutad behandling väl skulle känna till principerna för exponering och responsprevention samt själva skulle kunna initiera och understödja sådan träning. Fokusgrupperna gav en unik insyn i hur de avsedda fördelarna med behandlingsformatet (intensivt, terapeutiskt, grupp, föräldrar som medverkar) upplevdes av deltagarna.

Intensiv och terapeutledd exponering och responsprevention anses inom forskning vara en central del av KBT vid OCD (Abramowitz et al., 2009). Detta bekräftades av både ungdomar och föräldrar som uttryckte att den intensiva träningen tillsammans med psykolog var en viktig del av behandlingen som ökade målmedvetenheten och motivationen. Många önskade ännu mer psykologiskt arbete och för vissa ledde det intensiva formatet till en upplevelse av att insatsen avslutades abrupt. Det abrupta avslutet var en aspekt av det intensiva upplägget som inte hade beaktats när formatet utvecklades. Deltagare uttryckte också ett behov av uppföljande möten som var gemensamma för alla familjer som genomgått behandlingen. Inte heller detta behov hade beaktats när insatsen utformades.

Vad gäller föräldrarnas involvering var huvudmålet att de skulle assistera i exponering och responsprevention, framförallt på hemmaplan. Under fokusgruppen uttryckte barn och ungdomarna att de uppskattade föräldrarnas närvaro, men snarare för att föräldrarna fick bättre insikt i problemen än att de assisterade i behandlingen. Föräldrarna uttryckte att rollen som medbehandlare var svår att manövrera och många uttryckte ett behov av utbyta erfarenheter med de andra föräldrarna i ett forum där barnen/ungdomarna inte deltog.

Att erbjuda behandlingen i grupp gjordes med avsikt att avstigmatisera OCD för de deltagande familjerna. Detta mål förefaller ha uppfyllts utifrån vad som framkom under fokusgrupperna, där både barn/ungdomar och föräldrar uttrycker att det var givande att träffa andra med liknande problem. Gruppformatet beskrevs också ha bidragit till en positiv press att träna mellan gångerna och att anstränga sig för att nå framsteg. Såväl barn/ungdomar som föräldrar ansåg dock att gruppsammansättningen skulle ha kunnat vara mer genomtänkt och det uttrycks att deltagare i ungefär samma ålder skulle ha kunnat vara fördelaktigt. När behandlingen utvecklades var det ett medvetet val att blanda åldrar. För stora ålderskillnader försökte dock undvikas. Bakgrunden var att behandlingen ser likadan ut oavsett ålder samt att patientunderlaget inte är tillräckligt stort

för att ha deltagare i samma ålder. I framtida behandlingsinsatser är det viktigt att överväga hur grupsammansättningen kan optimeras.

Samtliga barn/ungdomar som deltog i fokusgruppen ansåg att gruppbehandlingen varit hjälpsam. Detta ligger i linje med den skattning som gjordes på uppföljningen där barn/ungdomar och föräldrar skattade gruppens hjälpsamhet som 8,4 respektive 8,5 på en skala från 1-10 där 10 betydde extremt hjälpsam. Samtidigt uttrycks att tvången inte är helt borta och vissa uttrycker att tvång delvis är en naturlig del av livet. Även detta avspeglas i de kvantitativa mätningarna där enbart en deltagare fick noll poäng på CY-BOCS efter behandling, vilket indikerar inga som helst tvångssymtom. Nio deltagare (31 %) hade dock under sex poäng på CY-BOCS efter behandling, vilket indikerar mycket få symtom.

Behandlingsformen är etablerad och erbjuds återkommande inom BUP Lund. För att säkerställa en likvärdig vård behöver den implementeras och tillgängliggöras för barn och ungdomar med OCD inom hela Region Skåne.

5.1 Studiens begränsningar

Denna utvärdering bör tolkas i ljuset av vissa begränsningar. Eftermätningar för tre deltagare saknades på det kvantitativa huvudmättet CY-BOCS. En av dessa deltagare nåddes inte för uppföljning men hade uppnått en stor förbättring och ärendet avslutades. För de andra två genomfördes inte uppföljning av kliniska skäl och det är möjligt att symtomreduktion i dessa fall var mindre än för gruppen som helhet. En annan begränsning med denna utvärdering är att eftermätningarna utfördes av samma psykologer som genomfört behandlingen.

Utvärderingar bör ske av personer som är neutralt inställda till eller ovetandes om behandlingen (Munder & Barth, 2018; Sterne et al., 2019), samtidigt har "oblindade" utvärderingar inte visat sig vara ett problem vid utvärdering av behandlingseffekt hos barn och ungdomar med OCD (Lewin et al., 2012). Det fanns ingen kontrollgrupp i studien. Istället gjordes jämförelser med tidigare studier. Det går inte att generalisera de resultat som framkom i fokusgrupperna till hela behandlingsgruppen. Syftet med fokusgrupperna är att ge en nyanserad bild av hur behandlingsinsatsen kan upplevas.

6. Slutsatser

Studien visar att OCD hos barn och ungdomar kan behandlas effektivt i en svensk BUP-kontext med hjälp av ett intensivt och gruppbaserat behandlingsformat med hög psykolognärvaro. Sex av tio deltagare hade så få symtom efter behandling att diagnos OCD ej längre var aktuell och åtta av tio upplevde en tydlig förbättring i symtom. Dessa behandlingsresultat står sig väl vid en internationell jämförelse.

Referenser

Abramowitz, J. S., Taylor, S. & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 374(9688): 491-499. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60240-3)

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).

Aspvall, K., Cervin, M., Andrén, P., Perrin, S., Mataix-Cols, D. & Andersson, E. (2020). Validity and clinical utility of the Obsessive Compulsive Inventory-Child Version: Further evaluation in clinical samples. *BMC Psychiatry*, 20(1):42. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2450-7>

Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N. & Terry, G. (2019). Thematic Analysis. In P. Liamputtong (ed.) *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*. (843–60) Singapore: Springer.

Cervin, M., Perrin, S., Olsson, E., Claesdotter-Knutsson, E. & Lindvall, M. (2019). Validation of an interview-only version of the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) in treatment-seeking youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 271: 171-177. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.048>

Cervin, M., McGuire, J. F., De Nadai, A. S., Goodman, A., Schneider, S. C., Geller, D. A. & Storch, E. A. (2020a). Benchmarks for expected effects of cognitive-behavioral therapy on severity of pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Manuscript in preparation*.

Cervin, M., Perrin, S., Olsson, E., Claesdotter-Knutsson, E. & Lindvall, M. (2020b). Involvement of fear, incompleteness, and disgust during symptoms of pediatric obsessive-compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01514-7>

Cervin, M. & Perrin, S. (2020). Incompleteness and disgust predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, *In print*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.007>

Foa, E. B., Coles, M., Huppert, J. D., Pasupuleti, R. V., Franklin, M. E. & March, J. (2010). Development and validation of a child version of the obsessive compulsive inventory. *Behavior Therapy*, 41(1), 121-132. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.02.001>

- Franklin, M. E., Dingfelder, H. E., Coogan, C. G., Garcia, A. M., Sapyta, J. J. & Freeman, J. L. (2013). Cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Development of expert-level competence and implications for dissemination. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(8): 745-753. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.09.007>
- Freeman, J., Flessner, C. A. & Garcia, A. (2011). The Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity for use among 5 to 8 year olds with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(6): 877-883. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9494-6>
- Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(2): 353-370. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.012>
- Geller, D. A. & March, J. S. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 51(1): 98-113. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.09.019>
- Högberg, C., Billstedt, E., Björck, C., Björck, P.-O., Ehlers, S., Gustle, L.-H., Hellner, C., Höök, H., Serlachius, E. & Svensson, M. A. (2019). Diagnostic validity of the MINI-KID disorder classifications in specialized child and adolescent psychiatric outpatient clinics in Sweden. *BMC Psychiatry*, 19(1): 142.
- Jassi, A., Lenhard, F., Krebs, G., Gumpert, M., Jolstedt, M., Andrén, P., Nord, M., Aspvall, K., Wahlund, T. & Volz, C. (2019). 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(3):453-460 <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00956-z>
- Jones, A. M., De Nadai, A. S., Arnold, E. B., McGuire, J. F., Lewin, A. B., Murphy, T. K. & Storch, E. A. (2013). Psychometric properties of the obsessive compulsive inventory: child version in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(1): 137-151. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0315-0>

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 593-602.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>

Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J. & Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review Neurotherapeutics*, 12(2): 229-238. <https://doi.org/10.1586/ern.11.200>

Lebowitz, E. R., Scharfstein, L. A. & Jones, J. (2014). Comparing family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and nonanxious children. *Depression and Anxiety*, 31(12): 1018-1025. <https://doi.org/10.1002/da.22251>

Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Rück, C., Vigerland, S., Högström, J., Hillborg, M., Brander, G., Ljungström, M., & Ljótsson, B. (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.

Lewin, A. B., Peris, T. S., De Nadai, A. S., McCracken, J. T. & Piacentini, J. (2012). Agreement between therapists, parents, patients, and independent evaluators on clinical improvement in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6): 1103. <https://doi.org/10.1037/a0029991>

Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C. & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2): 228-238.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>

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

Melin, K., Skarphedinsson, G., Skarsater, I., Haugland, B. S. M. & Ivarsson, T. (2018). A solid majority remit following evidence-based OCD treatments: a 3-year naturalistic outcome study in pediatric OCD. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1137-9>

Munder, T. & Barth, J. (2018). Cochrane's risk of bias tool in the context of psychotherapy outcome research. *Psychotherapy Research*, 28(3): 347-355.

Murray, C. J., Lopez, A. D. & World Health Organization. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary*. World Health Organization.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2005). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment*. Clinical Guideline 31.

Ost, L. G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B. & Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43: 58-69. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.08.003>

Perez-Vigil, A., Fernandez de la Cruz, L., Brander, G., Isomura, K., Jangmo, A., Feldman, I., Hesselmark, E., Serlachius, E., Lazaro, L., Ruck, C., Kuja-Halkola, R., D'Onofrio, B. M., Larsson, H. & Mataix-Cols, D. (2018). Association of Obsessive-Compulsive Disorder With Objective Indicators of Educational Attainment: A Nationwide Register-Based Sibling Control Study. *JAMA Psychiatry*, 75(1): 47-55. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3523>

Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M. & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13 (No suppl 1): 61-69. <https://doi.org/10.1089/104454603322126359>

POTS. (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Jama*, 292(16): 1969-76. doi: 10.1001/jama.292.16.1969

Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., Cicchetti, D. & Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6): 844-852. <https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00023>

Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L. & Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3): 313-326. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>

Skoog, G. & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 56(2): 121-127.

Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning*.

Sterne, J. A., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S. & Eldridge, S. M. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *British Medical Journal*, 366.

Stewart, S. E., Hu, Y.-P., Leung, A., Chan, E., Hezel, D. M., Lin, S. Y., Belschner, L., Walsh, C., Geller, D. A. & Pauls, D. L. (2017). A Multisite Study of Family Functioning Impairment in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3): 241-249. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.012>

Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Larson, M. J., Fernandez, M. & Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2): 207-216. <https://doi.org/10.1080/15374410701277929>

Storch, E. A., Lewin, A. B., De Nadai, A. S. & Murphy, T. K. (2010). Defining treatment response and remission in obsessive-compulsive disorder: a signal detection analysis of the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(7): 708-717. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.04.005>

Storch, E. A., Nadeau, J. M., De Nadai, A. S., Cepeda, S. L., Riemann, B. C., Seibell, P. & Kay, B. (2017). Symptom correspondence between clinicians and patients on the Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale. *Comprehensive psychiatry*, 73: 105-110.

Storch, E. A., Small, B. J., McGuire, J. F., Murphy, T. K., Wilhelm, S. & Geller, D. A. (2018). Quality of Life in Children and Youth with Obsessive-

Compulsive Disorder [journal article]. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 28(2): 104-110.
<https://doi.org/10.1089/cap.2017.0091>

Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., Valderhaug, R., Weidle, B., Holmgren Melin, K., Hybel, K., Becker Nissen, J., Lenhard, F., Wentzel-Larsen, T., Franklin, M.E. & Ivarsson, T. (2015). Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: Acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behaviour Research and Therapy*, 64: 15-23.
DOI: [10.1016/j.brat.2014.11.005](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.005)

Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguider

Ungdomar

1. Övergripande syn på insatsen
Vad tyckte man om insatsen? Vad var särskilt bra/dåligt? Intensiteten?
2. Upplevelse av insatsens nytta
Nuläge? Användning i vardagen? Strategier? Framtid?
3. Upplevelse av terapeutens/psykologens "ledning"
Närvaro/ansvar? Gemensamt/individuell? Bra/dåligt?
4. Upplevelse av träningen
Exponering – responsprevention? På BUP/hemma? Föräldrarnas närvaro?
5. Syn på gruppens betydelse
Träffa andra ungdomar i liknande situation? Bra/dåligt?
6. Annat viktigt?

Föräldrar

1. Övergripande syn på insatsen
Vad tyckte man om insatsen? Vad var särskilt bra/dåligt? Intensiteten?
2. Upplevelse av insatsens nytta
Nuläge? Användning i vardagen? Strategier? Framtid?
3. Upplevelse av terapeutens/psykologens "ledning"
Närvaro/ansvar? Gemensamt/individuell? Bra/dåligt?
4. Upplevelse av träningen
Exponering – responsprevention? På BUP/hemma? Svårigheter?
5. Syn på gruppens betydelse
Träffa andra föräldrar i liknande situation? Bra/dåligt?
6. Annat viktigt?