



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

IKBT på agendan:
en ny behandlingsmetod på BUP Skåne

Annika Nilsson Wendel & Fianne Petersson

Psykoterapeutexamensuppsats. 2021

Handledare: Catharina Strid
Examinator: Sean Perrin

Abstract

Internet CBT (ICBT) has been around for adults since the late 1990s. In recent years ICBT has been developed for children and young people but research is limited. The ICBT program "Ångesthjälpen ung" was implemented at Child and adolescent psychiatry in Region Skåne in 2017. The purpose of this essay was to investigate parents' perception of the program "Ångesthjälpen ung" depending on their access to parent-dedicated chapters or not, and to map the therapist's use and perception of the program. Data was collected via surveys directed to the parents and surveys directed to the therapists. The surveys consisted of both qualitative and quantitative questions. The analysis method used for the qualitative questions was thematic analysis and for the quantitative part SPSS, Excel and Google docs were used. The results show that the parents who had access to the parent-dedicated chapters were more aware of the program than the parents who did not have access to the parent-dedicated chapters. Both parent groups reported moderate improvements in the child's function in school, social and family life. The results can, however, not be presented as representative, as they are based on a small sample, 16 survey responses. The results of the therapist's surveys are based on 41 answers out of 44 possible and can be seen as representative. The results show that the program works well on the Första linjen (primary care), less well on specialist psychiatry (specialist care). The therapists described a great need for structure around the continued work with ICBT. A large part of the therapists found it rewarding to work with ICBT.

Keywords: ICBT, Child and adolescent psychiatry, Parent-dedicated chapters, Therapists, Implementation, Surveys

Sammanfattning

Internet KBT (IKBT) har funnits för vuxna sedan slutet av 1990-talet. Under senare år har IKBT utvecklats för barn och ungdomar men forskningen är begränsad. IKBT-programmet ”Ångesthjälpen ung” implementerades på BUP i Region Skåne 2017. Syftet med denna uppsats var att undersöka föräldrarnas uppfattning av programmet ”Ångesthjälpen ung” beroende på deras tillgång till föräldramoduler eller ej, samt att kartlägga behandlarnas användning och uppfattning av programmet. Data samlades in via enkäter riktade till föräldrarna och enkäter riktade till behandlarna. Enkäterna bestod av både kvalitativa och kvantitativa frågor. Analysmetoden som användes för de kvalitativa frågorna var tematisk analys och för den kvantitativa delen användes SPSS, Excel och Google docs. Resultaten visar att föräldrarna som har haft tillgång till föräldramodulerna i större utsträckning hade kännedom om programmet än föräldrarna som inte hade tillgång till föräldramodulerna. Båda föräldragrupper angav måttliga förbättringar i barnets funktion i skolan, socialt och familjelivet. Resultaten kan dock inte ses som representativa, eftersom de bygger på ett litet underlag, 16 enkätsvar. Resultaten från behandlarenkäterna bygger på 41 svar av 44 möjliga och kan ses som representativa. Resultaten visar att programmet fungerar bra på Första linjen, mindre bra på specialistpsykiatrin. Behandlarna beskrev ett stort behov av struktur kring det fortsatta arbetet med IKBT. Ett flertal behandlare upplevde det som givande att arbeta med IKBT.

Nyckelord: IKBT, BUP, Föräldramoduler, Behandlare, Implementering, Enkäter.

Tack!

Vi vill framföra ett varmt tack till de föräldrar som har svarat på våra enkäter; till alla behandlare som har varit behjälpliga med både föräldraenkäterna och svarat på behandlarenkäterna samt till Catharina Strid, vår handledare, som genom sin kunskap och sina kloka råd har varit ett stort stöd för oss under skrivtiden och hjälpt oss komma framåt i skrivprocessen. Vi vill också tacka BUP Skåne som gav oss förtroendet att genomföra denna studie samt alla andra som på olika sätt har hjälpt till i framtagandet av denna uppsats. Utan er, ingen uppsats.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	5
IKBT på agendan: en ny behandlingsmetod på BUP Skåne	1
Bakgrund	2
BUP Skåne	2
Ångestsyndrom	3
Ångesthjälpen ung	5
IKBT och ”Ångesthjälpen ung” på BUP Skåne	6
Verksamhetsuppdrag	8
Tidigare forskning och teoretisk förankring	9
IKBT	11
IKBT för barn och ungdomar	11
IKBT och föräldrarnas roll i behandling.	12
Implementering av nya behandlingsformer	13
Implementering av IKBT	15
Sammanfattning	17
Syfte och frågeställningar	17
Metod	18
Design och teoretisk ansats	18
Surveyundersökning	18
Beskrivning av respondenterna	19
Urval och genomförandet av datainsamling	19
Föräldrarna.	19
Behandlarna	20
Analysmetod	21
Mätinstrument.	21
Etiska överväganden	23
Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	24

Resultat	24
Föräldraenkäter	24
Behandlarenkäter	27
Resultat av de öppna frågorna i behandlarenenkäten	32
Brist på tid:	32
Otydliga rutiner	33
Arbetet kräver kompetens:	35
Programmet är för lättare problem	35
Diskussion	36
Metoddiskussion	36
Resultatdiskussion föräldraenkäten	38
Resultatdiskussion behandlarenkäten.	40
Slutsatser och nya forskningsfrågor	44
Funderingar kring det fortsatta arbetet med IKBT	44
Referenser	46
Bilaga 1. Föräldrar och Ångesthjälpen Ung	51
Bilaga 2. IKBT, Ångesthjälpen Ung, frågor till behandlare	54

IKBT på agendan: en ny behandlingsmetod på BUP Skåne

Under de senaste 20 åren har psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna i Sverige ökat. Psykisk ohälsa har använts som ett sammanfattande begrepp för både mindre allvarliga psykiska problem som oro och nedstämdhet, och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos (Bremberg & Dalman, 2015). Den psykiska ohälsan har funnits i hela ungdomspopulationen. Även om andelen med psykisk ohälsa har varit högre bland barn med svåra psykosociala förhållanden, så har förekomsten av psykisk ohälsa ökat generellt i hela ungdomsgruppen. Detta tyder på att orsakerna rör ungas livsvillkor generellt, exempelvis under skolperioden eller vid inträdet på arbetsmarknaden och till vuxenlivet (Socialstyrelsen, 2017).

Sedan 2006 har antalet barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom som får insatser från barn- och ungdomspsykiatri (BUP) mer än tredubblats. Ångestsyndrom före puberteten har visat sig finnas hos cirka 10 procent av barnen i Sverige och har varit lika vanligt hos pojkar och flickor (Socialstyrelsen, 2020). I ett internationellt perspektiv uppgav Stjerneklar et al. (2019) att 5–12% av tonåringarna i västvärlden lider av ett ångestsyndrom.

Det finns skiftande allvarlighetsgrad vid ångestsyndrom, men även vid mindre allvarlighetsgrad innebär tillståndet ofta att barnet/ungdomen har en försämrad livskvalitet och svårigheter att klara vardagen i såväl skola som på fritiden. Det har funnits en tendens att en obehandlad ångeststörning kan ha en kronisk utvecklingskurva som förutspår ångest och depression i vuxen ålder (Stjerneklar et al., 2019). Generellt kännetecknas ångestsyndrom av en svårhanterlig oro och rädsla i vissa situationer som barnet/ungdomen försöker undvika.

BUP har arbetat på flera plan för att möta den ökade efterfrågan av BUP:s insatser samt för att minska de hinder som barn och ungdomar upplever kring att söka hjälp. BUP erbjuder olika former av behandling, såsom rådgivande samtal, familjeterapi, individuell terapi, olika gruppbehandlingar, medicinering och behandlingsformer där beteendeträning ingår (Socialstyrelsen, 2020). Kognitiv beteendeterapi (KBT) har i flera studier (Kreuse et al., 2018; Sigurvinsdóttir et al., 2020) visat sig vara ett effektivt sätt att behandla ungdomar med olika sorters ångestsyndrom. Dessutom är KBT den metod som Socialstyrelsen rekommenderade i sina riktlinjer för behandling av ångestsyndrom hos barn och ungdomar (Socialstyrelsen, 2020). Tillgången till och användandet av KBT har tyvärr varit begränsade, menade Stjerneklar et al. (2019), och endast 25% av ungdomarna med ångest har fått professionell hjälp. Anledningar som nämns för detta har varit den begränsade tillgången till

KBT, höga terapikostnader, att ungdomar har känt ett socialt stigma kring att söka hjälp, att de har funderingar kring sekretess, att de har tyckt att de skall klara sig själva, att de har funderat kring hur de skall kunna ta sig till terapin (avstånd till en mottagning) och kring väntetider.

Digital omställning har setts som en del av lösningen; internetbehandling, e-tjänster och annan digitalisering av vård är några av de områden som har varit under utveckling. Det har även legat i tiden, då de flesta ungdomar idag har tillgång till en smartphone och/eller (skol)dator och är vana att navigera i IT-miljöer. Genom att erbjuda internetbaserad kognitiv beteendeterapi (IKBT) har BUP kunnat nå ut till fler patienter och göra det på deras villkor. IKBT, menade Sjerneklar et al. (2019), har potential att kunna passa ungdomar speciellt bra, eftersom de inte blir begränsade av tidigare nämnda hinder. IKBT kan upplevas som mindre socialt stigmatiserande, erbjuda högre grad av anonymitet och självbestämmande, kostar mindre samt innebära mindre restid. Dessutom är ungdomar väldigt bra på att använda digitala verktyg. BUP i Skåne startade 2017 arbetet med IKBT-behandlingsprogrammet ”Ångesthjälpen ung” och 2020 fanns 44 utbildade behandlare som kunde arbeta med programmet.

Inom BUP har det funnits en lång tradition kring familjearbete och föräldrarnas engagemang har ansetts som mycket viktigt i behandlingen (Lundqvist, 2011). Walczak et al. (2017) beskrev en signifikant minskning av ångest hos barn med ångestdiagnoser vars föräldrar deltog aktivt i KBT-behandlingen. Vid starten av arbetet med programmet ”Ångesthjälpen ung” saknades en naturlig länk till föräldrarna. Under 2020 utvecklades fyra föräldramoduler som föräldrarna, vars barn genomförde programmet, fick tillgång till från med juli 2020.

Bakgrund

BUP Skåne

BUP erbjuder rådgivning, bedömning och behandling av psykisk ohälsa till barn och ungdomar under 18 år. BUP erbjuder även stöd till föräldrar och/eller andra närstående. BUP Skåne bedriver vård på följande nivåer:

En Väg In har som uppdrag att informera, ge kvalificerade råd och triagera till rätt vårdnivå.

Första linjen (7 mottagningar) har som uppdrag att förebygga och behandla psykisk ohälsa genom tidiga, lättillgängliga och korta insatser. Första linjen arbetar främst med oro/ängslan, nedstämdhet, problem kring mat, sömn, stress, kriser, familjeproblematik och beteende/uppförandeproblem. De tre vanligaste anledningar till att familjer blir triagerade till Första linjen är oro/ångest, förstämningssymtom och beteendeavvikelse/utagerande beteende (internstatistik BUP Skåne 2019–2020).

Specialistpsykiatri (10 mottagningar) har som uppdrag att bedöma, utreda och lindra medelsvår till svår psykiatrisk ohälsa och sjukdomstillstånd. Internstatistik i BUP Skåne 2019–2020 visar att de tre vanligaste anledningar till att familjer blir triagerade till specialistpsykiatri är hyperaktivitet/koncentrationssvårigheter, förstämningssymtom och oro/ångest enligt verksamhetsutvecklaren A. Nilsson (telefonintervju, 7 april 2021).

Mellanvården (4 mottagningar) har som uppdrag att arbeta med komplex problematik med utökat vårdbehov som kräver mer omfattande insatser än vad specialistpsykiatri erbjuder.

Regionala specialteam är diagnosinriktade team vars uppdrag är arbeta med enskilda allvarliga diagnoser, till exempel psykos.

Heldygnsvården har som uppdrag att stabilisera akuta psykiatriska tillstånd till en funktionsnivå så att barnet kan tillgodogöra sig fortsatt vård.

På BUP Skåne arbetar 600 personer. Bland yrkeskategorierna finns psykiatriker, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, familjebehandlare, behandlingsassistenter, skötare och sekreterare. Behandlingsinsatserna på BUP kan vara individuella, familjeorienterade eller i grupp. BUP samverkar med sammanhanget som barnet befinner sig i, såsom skola, socialtjänst och habiliteringen. För att säkerställa hög patientsäkerhet och evidens har personalen på BUP arbetat med standardiserade vårdprocesser (SVP) som bygger på nationella vårdprogram som är framtagna av Jarbin och Unenge Hallerbäck (2018). Tanken med SVP är att säkerställa bedömning och behandling på lika villkor och minimera kvalitetskillnader.

Ångestsyndrom

Som beskrevs ovan var ångest en av de tre vanligaste sökorsaker till BUP 2019–2020. Ångest har även visat sig vara den vanligaste och oftast den tidigast debuterande orsaken till psykisk ohälsa (Jarbin & Unenge Hallerbäck, 2018). Ångestsyndrom innefattar flera diagnoser i ICD-10 (WHO, 1992) och DSM-5 (APA, 2013); separationsångest (en överdriven

oro vid separationer eller hot om separation), specifik fobi (oro för olika objekt och situationer), social ångest (en överdriven oro för vad andra tänker och tycker), paniksyndrom (återkommande oväntade panikattacker), agorafobi (en uttalad rädsla eller ångest inför vissa situationer, exempelvis åka buss, vara utanför hemmet, åka hiss), GAD (generaliserat ångestsyndrom; en överdriven oro), tvångssyndrom (tvångstankar och tvångshandlingar) samt det som kallas för UNS, ångestsyndrom utan närmare specifikation. Det är vanligt att flera ångestsyndrom förekommer samtidigt.

Ångestsyndrom klassificeras som lindriga, medelsvåra och svåra. Enligt riktlinjer för ansvarsfördelning mellan BUP:s Första linjen och specialistpsykiatrien 2020, skall Första linjen behandla barn och ungdomar med avgränsade specifika fobier samt lindriga till medelsvåra ångestsyndrom som inte har alltför stor påverkan på deras funktionsförmåga, medan specialistpsykiatrien skall behandla barn och ungdomar med ångestsyndrom som innebär stort lidande och/eller tydlig påverkan på deras funktionsnivå.

BUP:s Första linjen och specialpsykiatrien erbjuder flera olika behandlingar för ångestsyndrom. Det finns olika gruppbehandlingar, där psykoedukation, det vill säga att ge information och skapa förståelse kring ångest, är en naturlig del. Det finns KBT-behandlingar, där exponering – att utsätta sig för det som väcker barnets/ungdomens ångest – ingår. Det finns familjesamtal, där barnets föräldrar är en viktig del av behandlingen. Sedan 2017 erbjuds även IKBT som behandlingsalternativ vid ångestsyndrom.

Ett flertal av de patienter som söker hjälp på BUP har inte endast en avgränsad diagnos, utan uppfyller kriterier för ett antal diagnoser. Många diagnoser i DSM överlappar varandra avseende faktorer som sårbarhet, uppkomst, vidmakthållande och förmåga att hantera känslor (Kåver, 2016). Samsjuklighet mellan depression och ångest förekom i viss mån hos barn, menade Hydman och Lagerholm (2019). Symtom vid ångest och depression kunde likna varandra, såsom att dra sig tillbaka, koncentrationssvårigheter samt svårigheter i samspel. Dessa symptom kunde vara tecken på ångest och/eller depression, men även på ADHD eller på ett autismspektrumtillstånd. Flera behandlingsmodeller inom KBT har tagit fasta på detta och har utvecklat så kallade transdiagnostiska interventioner, det vill säga insatser som är verksamma vid olika diagnoser. Ett exempel på detta är Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes et al., 2011) som är basen i IKBT-programmet ”Ångesthjälpen ung”.

Ångesthjälpen ung

ACT utvecklades av professor Steven C. Hayes i mitten av 1980-talet. Syftet med ACT är att maximera möjligheter till ett rikt och meningsfullt liv och samtidigt vara ett effektivt sätt att hantera (och acceptera) den smärta som oundvikligen är en del av det (Harris, 2020). ACT handlar om att identifiera det en tycker är viktigt i livet och ta konkreta steg i riktning mot det.

Företaget Psykologpartners W&W har 2017 tagit fram ”Ångesthjälpen Ung”; ett internetbaserat transdiagnostiskt ACT behandlingsprogram. Programmet baseras på deras program ”Ångesthjälpen”, som riktar sig till vuxna och som har visat sig vara en evidensbaserad behandlingsmetod vid ångest (Ivanova et al., 2017). ”Ångesthjälpen Ung” har anpassats för att passa ungdomar i enlighet med ett arbete av Hayes et al. (2015). Hänsyn har tagits till målgruppens ålder och mognad och innehållet har anpassats med avseende på språklig nivå, konkretisering av teoretiska koncept, kliniska exempel och övergripande struktur. ”Ångesthjälpen ung” riktar sig till ungdomar mellan 13–19 år som har mild till måttlig ångestproblematik och inriktar sig specifikt på diagnoserna social ångest, paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom och ångestsyndrom utan närmare specifikation (UNS). Svårighetsgraden som enligt Psykologpartners W&W kan hanteras i programmet är mild till måttlig ångestproblematik. Programmet vilar på forskning som har visat att transdiagnostiska KBT-behandlingar via internet är effektiva vid behandling av olika sorters ångestproblematik (Titov et al., 2010).

Behandlingsprogrammet innehåller 8 moduler och pågår runt 10 veckor. Modul 1 och 2 handlar om psykoedukation kring ångest samt att sätta upp mål för behandlingen. I modul 3–6 introduceras verktygen ”ABC-kollen” som är en situationsanalys; ”Riktad handling” som handlar om att göra saker trots ens oro; ”Tankezoom” som inriktar sig på patienternas tankar samt ”Medveten närvaro” som handlar om att vara här och nu. Modul 7 sammanfattar verktygen och handlar om att använda sig av flera verktyg samtidigt. Modul 8 sammanfattar hela behandlingen, knyter tillbaka till målen och handlar om att skriva en plan för att fortsätta det påbörjade arbetet (vidmakthållande). Alla moduler består av textbaserad information, animerade filmer, övningar och hemuppgifter. Under behandlingens gång presenteras fyra följeslagare (avatarer) som exemplifierar personer med diagnoserna social ångest, GAD, panikångest och tvångssyndrom. Behandlande terapeut har kontakt med ungdomarna en gång

i veckan; ungdomarna kan ställa frågor och terapeuten ger feedback på vad ungdomen har jobbat med i sin modul. När ungdomen är klar med sin modul öppnas en ny modul upp.

Föräldramoduler är ett komplement till modulerna som riktar sig till ungdomarna. Syftet med föräldramodulerna är att ge föräldrar kunskap och öka förståelsen för den behandling som deras barn genomgår. Informationen förmedlas i textform och genom animerade filmer hämtade från "Ångesthjälpen Ung". Modulerna är helt fristående från ungdomsprogrammet och föräldrarna har ingen kontakt i programmet med ansvarig behandlare. I modul 1 ges en bakgrund till programmet "Ångesthjälpen ung", vad KBT är förklarar och information ges om hur föräldrarna kan stötta sin tonåring. I modul 2 ges psykoedukation om ångest, om undvikande och det förklarar hur en behandling "mot" ångest kan fungera. I modul 3 förklarar alla verktyg och föräldrarna får möjlighet att testa verktygen själva. Modul 4 handlar om att göra en plan för framtiden och hur föräldrarna kan hantera situationen om deras tonåring mår sämre igen.

IKBT och "Ångesthjälpen ung" på BUP Skåne

IKBT:s resa i Region Skåne påbörjades när Hälso- och sjukvårdsnämnden 2010 beslutade att avsätta pengar för utbyggnad av internetbaserad behandling. En projektgrupp tillsattes med personal från både psykiatri och somatiska vården för att arbeta fram hur Region Skåne skulle administrera, organisera och implementera internetbehandlingar i Skåne. En av oss som skriver denna uppsats, Annika Nilsson Wendel, var delaktig i denna projektgrupp. Region Skåne gick med i den nationella Stöd och behandlingsplattformen (SOB) våren 2016 som ägs av Inera. Det var vid den tidpunkten som förutsättningar fanns för Region Skåne att implementera IKBT. BUP Skåne deltog i projektgruppen och syftet var att skapa förutsättningar för införandet av IKBT-behandling för ungdomar.

I oktober 2017 startade ett pilotprojekt med IKBT-programmet "Ångesthjälpen Ung" vid fem mottagningar inom BUP Skåne; tre Första linjen-mottagningar och två specialistpsykiatri-mottagningar. Sex behandlare, fyra som arbetade på Första linjen samt två som arbetade inom specialpsykiatri, gick en 3-dagarsutbildning och lärde sig dels att arbeta med programmet "Ångesthjälpen Ung", dels att arbeta med plattformen SOB. En av oss som skriver denna uppsats, Fianne Petersson, var en av dessa behandlare. Behandlingen startades upp och behandlaren använde 20% av sin arbetstid för att arbeta med programmet. För- (T1) och efterscreening (T2) genomfördes för att mäta patienternas mående och föräldrarnas uppfattning av deras barns mående i form av olika självskattningar av ångest och depression.

Efter ett år gjorde Nilsson och Tallberg (2019) en sammanställning av screeningen av patienter som deltog i projektet mellan oktober 2017 och december 2018. Sammanställningen av den totala gruppens självskattning, samt Första linjens patienter för sig, visade minskning avseende ångestsymtom på gruppnivå efter behandlingen. Specialistmottagningens självskattningar var inte statistisk signifikant lägre vid T2 än vid T1. Det var en stor skillnad i antalet patienter som deltog i utvärderingen; färre patienter deltog från specialistpsykiatri i jämförelse med Första linjen. Det betydde att det fanns mindre statistisk styrka för att upptäcka skillnader hos individerna inom specialistpsykiatri. Självskattad funktionsnedsättning (QoL) minskade totalt avseende ”skolsituationen” samt det ”sociala livet” hos den totala gruppen och Första linjens patienter för sig. Föräldraskattning avseende ångest visade ingen behandlingseffekt. Nilsson och Tallberg (2019) menade att resultatet kunde bero på att ungdomarna hade lättare att notera sina egna inre ångestsymtom, jämfört med föräldrarnas observationer av sina barn. Resultatet kunde dock också spegla en placebo-effekt.

Nilsson och Tallberg (2019) kom fram till att ”Ångesthjälpen Ung” kunde rekommenderas för fortsatt användning av Första linjens patienter. Eftersom utvärderingen hade ett begränsat underlag, poängterade författarna vikten av att även fortsättningsvis följa upp samtliga patienter efter avslutad behandling. Vad gällde specialistpsykiatriens patienter borde behandlare vara mer restriktiva i att rekommendera programmet, menade Nilsson och Tallberg (2019). Patienter som själva önskade ”Ångesthjälpen Ung” eller som inte hade möjlighet att få någon annan behandling kunde emellertid erbjudas programmet.

Under tiden som projektet pågick, skapade behandlarna i projektgruppen rutiner för arbetet med programmet. De skapade bland annat en lathund för behandlingen, en mall med kriterier för inkludering och exkludering av unga för behandlingen, en checklista vid uppstart av behandlingen, ett informationsbrev till patienter och deras föräldrar om behandlingen samt information om SOB till patienter och hur de kunde logga in i systemet. Utöver det skapade de en bank med svarsexempel som kunde skickas till patienterna för varje modul samt en mall för journalföring för varje modul. Projektgruppen träffades regelbundet och fick handledning i metoden av en behandlare från Psykologpartners W&W.

Efter Nilsson och Tallbergs (2019) rapport togs beslutet att brett införa programmet ”Ångesthjälpen ung” på BUP Skåne, dvs på Första linjen och specialistpsykiatri. I september 2019 startade en ny utbildning i programmet ”Ångesthjälpen Ung”. Ca. 30 behandlare från

Första linjen, specialistpsykiatrin och även några behandlare från mellanvården deltog i denna. Behandlarna erbjöds sedan tillgång till allt material som projektgruppen tidigare hade skapat samt till metodhandledning utarbetad av projektgruppen. I mars 2020 startade ännu en utbildning för ca 30 nya behandlare. Även dessa erbjöds tillgång till projektgruppens material samt till metodhandledning.

Från starten 2017 påtalade projektgruppen för Psykologpartners W&W att de saknade en naturlig koppling mellan ungdomar som genomförde programmet och deras föräldrar. En önskan om föräldramoduler framfördes vid upprepade tillfällen. Under våren 2020 tog Psykologpartners W&W fram fyra föräldramoduler.

Verksamhetsuppdrag

Vi som har skrivit denna uppsats, har från starten, på olika sätt, varit delaktiga i BUP Skånes införande av programmet "Ångesthjälpen ung". Vi har lång erfarenhet av att arbeta med vanlig behandling på mottagningen (TAU) och är vana att inkludera föräldrarna i behandlingen, vilket från början saknades i "Ångesthjälpen ung". När företaget Psykologpartners W&W tog fram föräldramoduler blev fokus för uppsatsen att undersöka vilka funktioner föräldramodulerna hade i behandlingen med programmet. Syftet med uppsatsen utformades som ett verksamhetsuppdrag av verksamhetschefen i juni 2020.

Verksamhetsuppdraget var att undersöka om det fanns en skillnad i föräldrarnas upplevelse, kunskap och insyn beroende på deras tillgång till föräldramoduler i IKBT-programmet "Ångesthjälpen Ung". Vid den tiden fanns det tillgång till regelbunden statistik av hur många "Ångesthjälpen ung" program som öppnades och hur många som avslutades. I juni 2020, till exempel, startades 27 program och 30 avslutades, i juli startades 17 och 44 avslutades. Detta gav en indikation på att det fanns ett stort underlag till vår undersökning och att tillräckligt med data skulle gå att samla in.

Datainsamlingen genomfördes mellan augusti 2020 och januari 2021 (se kapitel "metod"). Svarefrekvensen var, som beskrivs där, så pass låg att materialet inte höll för att göra några jämförande analyser eller att dra några generella slutsatser av resultatet. I kontakt med våra kolleger som jobbade med "Ångesthjälpen ung", framkom information om att vissa behandlare inte alls arbetade med programmet samt att andra inte hade fått några patienter till programmet. Det framkom svårigheter att få patienterna att färdigställa programmet och en del föräldrar öppnade inte modulerna som var avsedda för dem. Detta ledde till nya intressanta frågor; Hur fungerar arbetet med programmet "Ångesthjälpen ung"?

Hur många behandlingar genomförs? Att fler behandlare utbildas i metoden, betyder det även att fler arbetar med metoden? När arbetet med införandet av programmet påbörjades 2017 fördes det diskussioner om att på något sätt ”diplomera” behandlare inom IGBT i Region Skåne. Tanken var att en behandlare skulle kunna bli diplomerade efter att hade genomfört tre behandlingar med patienter som hade gjort minst 6 moduler och där behandlaren hade haft ett avslutningssamtal med dessa tre patienter. Detta genomfördes aldrig, men nu återupptod frågan: Hur många behandlare skulle klara av dessa tre kriterier? Vad tyckte behandlarna om att arbeta med IGBT?

Diskussion fördes med BUP Skånes verksamhetsutvecklare Nilsson och Tallberg och frågor kring implementering aktualiserades. Ett tillägg till verksamhetsuppdraget gjordes den 8 feb 2021. Uppdraget innefattade nu även att undersöka behandlarnas uppfattning kring IGBT-programmet ”Ångesthjälpen ung” och belysa faktorer som underlättade eller hindrade implementering av programmet.

Tidigare forskning och teoretisk förankring

Föräldrarnas roll i behandling av barn under 18 år. BUP har en lång tradition av att arbeta med familjer. Kunskap om barnet i samspel med familj och omgivning har varit vägledande. Barn och ungdomar är på ett avgörande sätt beroende av trygga vuxna för att utvecklas. Föräldrar och barn påverkar varandra i ett ständigt samspel och familjens relationer kan både ha visat sig vara en resurs, men också ett hinder, för fortsatt utveckling och hälsa. Oavsett ålder eller problem har föräldrarnas medverkan i behandlingen varit avgörande för att skapa förändring. Barnet eller ungdomen har inte kunnat ta ansvar för den förändringen på egen hand (Lundqvist, 2011). Föräldrarnas roll, deras delaktighet och engagemang har visat sig viktig, men också kraftigt eftersatt; det har forskats lite kring detta. De flesta studier har enbart fokuserat på föräldrarnas närvaro, inte kring hur föräldrarna deltar (Haine-Schlagel & Escobar Walsch, 2015).

Vid en konceptualisering av ett ärende av ett barn, har det visat sig viktigt att konceptualisera föräldrarnas beteenden, samspelet mellan föräldrarna och barnet samt analysera föräldrarnas förmågor. Barn måste ses som en del av ett system där föräldrar, skola, fritidshem och kompisar måste vara en del av konceptualisering, behandlingsplanen och interventionerna. Stallard (2009) har beskrivit tre olika funktioner föräldrar kan ha i en terapi; facilitatörer, co-terapeuter eller klienter. Facilitatörer hjälper till att generalisera färdigheter

från sessionerna till hemmiljön. De deltar inte direkt i behandlingen, men är med vid ett fåtal träffar och får information parallellt med behandlingen. När föräldrar är co-terapeuter är föräldrarna närvarande under sessionerna och ”vägleder” behandlingsarbetet på hemmaplan. Föräldrar ses som klienter när de behöver behandlingsinsatser för egen del. Psykoedukation har varit viktig i arbetet med föräldrarna; som därigenom har fått en förståelse för vad behandlingen kommer att innebära och vilken roll föräldrarna kan ha (Friedberg & Mc Clure, 2015).

Svirsky (2017) betonade att föräldrarna bör ha en roll i alla faser av behandlingen. I konceptualiseringsfasen kan föräldrar bidra med information om hur rädsla tar sig uttryck hos deras barn och vilka hinder detta ger i barnets dagliga liv. I behandlingsfasen, där exponeringsbehandling kan upplevas som tuff, behöver barnet extra peppning och stöd och efter genomförd exponering behöver barnet mycket bekräftelse. När det kommer till vidmakthållandefasen är föräldrarnas roll av största betydelse, så att föräldrarna kan ansvara för att träningen blir utförd (Svirsky, 2017). Vidare beskrev Svirsky och Thulin (2017) hur det är att vara förälder till ett barn med psykiska problem. Det kan väcka oro hos föräldrar, men även irritation. Föräldrarna kan undra vad de har gjort för fel i uppfostran. När föräldrar får kunskap om undvikande och vidmakthållande faktorer, kan de få skuld känslor för att de har bidragit till sitt barns rädsla. Terapeuten ska validera och normalisera detta, så att föräldrarna inte känner sig kritiserade och misslyckade samt se till att de får kunskap och nya redskap för att gå vidare (Svirsky & Thulin, 2017).

De flesta tonåringar föredrar att prata enskilt och även föräldrarna är ofta angelägna om att deras barn skall få möjlighet att ”prata ut” (Rosengren, 2019). Walczak et al. (2017) visade i en studie att det rådde en signifikant skillnad gällande återkommande ångest mellan barn med ångestdiagnoser vars föräldrar deltog aktivt i KBT-behandlingen, och barn med ångestdiagnoser vars föräldrar inte var en aktiv del av behandlingen. Wei och Kendall (2014) fann dock inga skillnader i effekt om föräldrarna deltog i barnets KBT-behandling eller inte.

Carnes et al. (2018) gjorde en metaanalys kring studier gjorda på barn mellan 7 och 13 år med ångest som hade fått individuell KBT-behandling (ICBT) eller en KBT-behandling där föräldrar hade varit delaktiga i behandlingen eller fått separat föräldraträning eller utbildning (PCBT). De kom fram till att det inte fanns någon fördel med PCBT jämfört med ICBT; de hittade ingen studie som visade att involverandet av föräldrarna hade en signifikant positiv

behandlingseffekt för barn med ångest jämfört med de som enbart var riktade till barnet.

Författarna menade dock att resultatet bör tolkas med försiktighet.

IKBT Internetförmedlad behandling utvecklades enbart för vuxna till en början. IKBT påbörjades redan i slutet av 1990-talet och har genomgått en snabb utveckling och spridning under 2000-talet. Första behandlingarna var på CD-ROM på stationära datorer placerade på mottagningar och patienterna tog sig till mottagningarna för att jobba med programmet. Detta var en tid innan smartphone och internet var utbyggt. Den första internetbehandlingen i Sverige påbörjades 1998 och forskningen inom IKBT tog fart (Hedman et al., 2014). Hedman et al. (2014) beskriver att det nästan var som att släppa ut andan ur flaskan då det under en 10-årsperiod kom ett flertal studier, allt från studentuppsatser till avhandlingar om den nya behandlingsformen IKBT för vuxna patienter med tinnitus, paniksyndrom, depression, social fobi, generaliserad ångest och kronisk smärta. Andersson och Cuijpers, (2009) och Richards och Richardson (2012) har genomfört metaanalyser och utvärderat effektiviteten av IKBT för vuxna med depression. I studierna framkom att IKBT gav positiva effekter. Utvecklingen och forskningsstödet för IKBT för barn och ungdomar är litet men växande (Bjärehed & Vernmark, 2013).

IKBT för barn och ungdomar. Lenhard et al. (2016) och Christ et al. (2020) menar att det finns begränsat forskningsunderlag kring IKBT och ungdomar. Christ et al. genomförde en metaanalys av IKBT-studier om ångest och depression hos barn/ungdomar mellan 12 och 25 år. De 26 studier som uppfyllde deras krav visade att IKBT minskade oro och depressionssymtom jämfört med väntelistan, det vill säga patienter som inte fick någon behandling alls, och gav liknande effekt som en sedvanlig behandling (TAU) vid ångest. Vad gäller depression var resultatet emellertid oklart. Antalet moduler i behandlingarna i de 26 studierna varierade mellan 3 och 12 moduler och tiden för att göra dessa varierade från 2 till 16 veckor. I 14 av dessa program fick ungdomen respons av en behandlare, i 9 av dessa fick ungdomen personlig respons av en behandlare. I 12 program gavs ingen respons alls. Chris et al. menade att det saknas uppföljning av IKBT för barn och ungdomar över längre tid. Dessutom beskrev de att dessa program oftast jämförs med ”vänteliste-patienter”, vilket kan medföra att studierna redovisar en för hög effekt.

IKBT ger ungdomarna en känsla av kontroll över behandlingen, dess tempo samt dess intensitet. Dessutom upplever ungdomarna att det är viktigt med behandlarens respons och upplever det som positivt att de tilldelas programmet snabbt (inom 24 timmar på arbetsdagar).

En del ungdomar önskar några ”face to face”-träffar under behandlingen. Det finns nästan ingen forskning på kombinationsbehandling (”face to face” och IKBT) med barn (Lenhard et al., 2016). Ungdomar har i tidigare forskning (Rozenal et al., 2015; Sánchez-Ortiz et al., 2011) uppgett att den flexibilitet som ett IKBT-program utgör kan ses både som en fördel och en nackdel. Ungdomarna måste ha självdisciplin, behandlingen konkurrerar med andra aktiviteter och det kan vara svårt att motivera sig. Ungdomarna i studien av Lenhard et al. (2016) såg flexibilitet som enbart något positivt. Det kan ha berott på föräldrarnas involverande och deras stimulerande, menar författarna.

Lenhard et al. (2017) undrade om deras IKBT-program BIP- (Barninternetprojektet) OCD kan vara en del av ett flerstegsprogram, där IKBT är det första steget som erbjuds och steg 2, om steg 1 inte har varit tillräckligt eller vid mer komplexa fall, kan vara ”face to face”-behandling samt medicinering. Författarna menade att tiden en behandlare lägger på BIP-OCD blev en tredje- till en fjärdedel mindre jämfört med TAU. Dessutom var programmet bra för tillgänglighet, eftersom vissa deltagare i studien bodde 400 km ifrån BIP-mottagningen.

Flera behandlare (Weineland et al., 2020), som jobbade med IKBT-programmet ”Ångesthjälpen Ung”, trodde, innan de började arbeta med programmet, att de skulle behöva jobba mer kring motivation med IKBT-patienter, något som de tyckte stämde efter att ha jobbat med programmet ett tag. För att motivera patienter till att fortsätta med programmet ringde några behandlare till sina patienter, några behandlare träffade dem även ”face to face”. Andra behandlare valde att inte göra det, eftersom de kände att de då inte följde programmets struktur längre, att de blandade in någonting annat i det. Just blandningen av IKBT och chatta med sin terapeut under en bestämd tid är någonting som forskare har börjat titta på och resultatet har sett mycket lovande ut (Weineland et al., 2020).

IKBT och föräldrarnas roll i behandling. Behandlare som arbetade med IKBT-programmet BIP-OCD (Aspvall et al., 2018) såg stora skillnaden i behandlingseffekten när föräldrar involverades. BIP-OCD fanns i två versioner: en för barn mellan 7 och 11 år, där programmet bestod av 12 moduler var för barn och för föräldrarna och en version för ungdomar mellan 12 och 17 år, där det fanns fem föräldramoduler. I programmet var tanken att föräldrarna skulle ligga steget före i behandlingen, för att vara redo för vad barnet skulle göra härnäst. Föräldramodulerna innefattade mycket psykoedukation och strategier för att hjälpa föräldrarna att coacha sina barn. Barnmoduler var mer ”hands-on”, med mindre text, fler bilder samt åldersanpassat språk. Behandlare återkopplade till familjens frågor, arbete

med moduler mm inom 24 timmar (arbetsdagar) och mailade och/eller ringde om familjen inte hade varit aktiv i plattformen på 3–4 dagar. I undersökningen deltog 11 barn, dessa gjorde i genomsnitt 11 av 12 moduler. Behandlaren jobbade i genomsnitt 22 minuter i veckan med varje familj. Aspvall et al. (2018) beskrev att behandlare la mer tid på föräldrarna än på barnet. Behandlingen sågs som en intensiv behandling av föräldrarna som tog en liten del av behandlarens arbetstid. Behandlare upplevde att en viktig faktor för att behandlingen fungerade så bra var att föräldrarna var involverade. Som framgångsrika faktorer vad gäller föräldrarnas medverkan nämnde Aspvall et al. (2018): positiv förstärkning, minskad kritik och fokus på familjprocesser såsom att minska vidmakthållande beteende och fokusera på problemlösningstekniker. Författarna menade att det borde forskas mer om föräldrars roll i IKBT.

Samtliga behandlare i studien som Weineland et al. (2020) gjorde, beskrev vikten av föräldradeltagande, även om de skrev att det fanns patienter som inte ville att deras föräldrar skulle vara involverade och föräldrar som inte ville vara involverade.

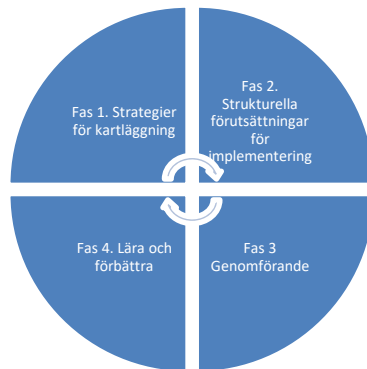
Implementering av nya behandlingsformer

Det är komplext att införa nya behandlingsformer, dessutom krävs funktionella IT-lösningar vid IKBT. Bjärehed och Vernmark (2013) menade att det kräver omfattande praktiska, organisatoriska och ekonomiska insatser för att lyckas med implementering av IKBT.

Det finns flera olika teorier om implementering, vi har valt att utgå från två implementeringsmodeller som Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har lyft fram som stöd för att lyckas med implementering inom offentlig sektor (Folkhälsomyndigheten, 2015; Socialstyrelsen, 2012). Meyers et al. (2012) har utifrån 25 olika implementeringsmodeller identifierat 4 övergripande faser samt 14 kritiska steg för att planera, bedöma och lyckas med implementeringsprocessen. Modellerna som Mayer et al. (2012) har studerat är alla inom offentliga verksamheter. De sökte i sex olika databaser och fick initialt över 1900 träffar som ledde till ramverket Quality Implementation Framework (QIF).

Figur 1

Implementeringens fyra faser och 14 kritiska steg:



Not: Mayer et al. (2012)

Fas 1 innehåller strategier för kartläggning, i vilka det ingår bedömning av om behovet finns i organisationen, ta ställning till om det är rätt arbetssätt i organisation och om det nya arbetssättet har ett genuint stöd från beslutsfattare, chefer och praktiker.

I fas 2 skapas strukturella förutsättningar för implementering genom implementeringsteam och utveckling av en implementeringsplan med konkreta uppgifter och tidplan för genomförandet.

Fas 3 är ”genomförandefasen” där det ingår att erbjuda stöd, t ex handledning och teknisk assistans. I denna fas utvärderas även implementeringsprocessens styrkor och svagheter och återkoppling ges till alla involverade.

Fas 4 handlar om att lära och förbättra utifrån erfarenheterna och inför kommande implementeringsprocesser. Detta för att vidmakthålla och ta vara på erfarenheterna, för att sedan gå in i fas 1 igen.

Mayer et al. (2012) menade att de kritiska momenten i implementeringsprocessen är att erbjuda tillräcklig utbildning och träning till dem som ska genomföra arbetet, erbjuda relevant handledning samt teknisk support. Det pekar mot att det är en kombination av utbildning och teknisk support som är mest framgångsrikt.

Fixsen et al. (2005) lyfte i sin forskning fram tre stödfunktioner som skapar den struktur som behövs för att åstadkomma och stödja ett vidmakthållande av den nya metoden över tid med metodtrohet. Följande kan ses som framgångsfaktorer:

1. Kompetens hos användarna: Urval, utbildning och handledning av personalen är viktiga komponenter i implementeringsprocessen. För dem som ska arbeta med en ny metod

behöver förutsättningarna vara tydliga för att undvika avhopp. Urvalet av personal handlar inte bara om att identifiera rätt personer, utan också om att skapa en tydlig målbild. Det är inte bara utbildning som leder till att en ny metod används, det är en framgångsfaktor att ha en person i organisationen som fångar upp svårigheter, ger stöd genom handledningen och som initialt kan ge praktiska råd som underlättar vid uppstart av nya metoder.

2. Stödjande organisation: Organisationen följer upp hur arbetet fortlöper, omfördelar resurser i form av tid, ekonomi och personal vid behov. Samsyn i organisationen med positiv inställning till nytänkande och kompetensutveckling.

3. Effektivt ledarskap: Tydlig rollfördelning och ansvar för medarbetarna. Hantera motstånd, men också hantera problem som det inte finns några självklara lösningar på. Ledarskapet behöver också förstå svårigheterna, möta kritik och vidhålla implementeringen.

Ovanstående tre förändringsfaktorer fungerar interaktivt och kompensatoriskt. Om någon av dessa tre faktorer fungerar sämre innebär det större krav på de andra två. Det finns även flera vanliga missförstånd vid implementering, exempelvis att effektiva och bra metoder sprider sig själva, att information räcker för att förändring ska komma igång samt att utbildning leder till att användning av ny metod kommer igång. Dessutom finns det även missförstånd om att förändringar sker snabbt och att det lätt sker en förskjutning av metodtrohet (Socialstyrelsen, 2012).

Implementering av IKBT

De implementeringsmodeller som redovisas ovan har en del gemensamma nämnare med den forskning som finns kring implementering av IKBT.

Kurki et al. (2018) undersökte sjuksköterskors erfarenheter av att använda en internetbehandling för tonåringar med depression. Deras slutsats var att en implementeringsplan med stöd från ledningen är avgörande i processen att implementera ett teknologibaserat system. De nämner fyra punkter för en framgångsrik implementering:

Stöd från organisationen: Sjuksköterskorna menade att deras chef borde vara engagerad i utvecklingen och kontinuerligt informera personalen om utvecklingen under hela processen.

Sjuksköterskornas attityd: Sjuksköterskornas positiva attityd till programmet förbättrade implementeringen. Deras positiva attityd reflekterades även på tonåringen som skulle göra programmet och gjorde även att de lättare kunde hjälpa tonåringen om den hade fastnat när den skulle jobba själv.

Strukturerad integration av systemet (internetbehandlingen) i vården: Om systemet integrerades i behandlingsutbudet på ett strukturerat sätt, blev det en naturlig del när det bedömdes vilken behandling som passade bäst för en tonåring.

Teknologirelaterade faktorer: Att patienter kunde logga in på ett säkert sätt, att det fanns internetåtkomst och att programmet fungerade enkelt.

De nämnde även två punkter som hindrade en framgångsrik implementering; motstånd till förändring från ledningens sida och (brist på) resurser.

Det finns forskningsunderlag som pekar på att IKBT för barn och ungdomar med ångest kan fungera som en bra behandlingsmetod. Forskningen som finns är dock oftast gjord på universitet/forskningskliniker och det finns en del utmaningar för implementeringen av metoden i en klinisk verksamhet. Behandlingen behöver hela tiden uppdateras till den senaste teknologiska utvecklingen. Dessutom krävs det att det säkerställs att ungdomen och föräldrarna får tillgång till behandlingen och sedan även tillämpar behandlingen samt att behandlaren är tillräckligt skicklig för att jobba med den. Brist på vägledning och formaliserade strategier för att utveckla och sprida IKBT har bidragit till svårigheter att utveckla IKBT på ett sätt så att det kan användas i en klinisk verksamhet (Hill et al., 2017). Även Titov et al. (2018), som beskrev hur fem kliniker i fem olika länder specialiserade sig på just IKBT och framgångsrikt jobbade med metoden, bekräftade Hill et al:s (2017) idé att det är lättare att implementera IKBT på "specialistenheter". Titov et al. (2018) poängterade även vikten av att implementera en bra triagering till IKBT-behandlingen.

Weineland et al. (2020) intervjuade 14 behandlare innan de skulle börja arbeta med IKBT-programmet "Ångesthjälpen Ung" och efter att de hade arbetat med metoden ett tag. Studien visar att behandlarna tyckte om att arbeta med programmet, att det säkerställde arbetet med en evidensbaserad metod. Behandlarna kände dessutom att programmet gav dem variation i deras arbete samt avlastning från emotionell stress och de höga kognitiva kraven som det vanliga arbetet ställde på dem. Behandlarna funderade en hel del kring om patienten var "rätt patient för programmet". Upplevde behandlarna att patienten var "rätt" var det enkelt att jobba med programmet. Samma fundering förde Aspvall et al. (2018) fram. Var patienten "inte rätt", det vill säga, passade inte behandlingen till patienten, tog det mycket tid från behandlaren. Då behövde de skriva flera meddelanden via programmet, de behövde ringa patienten, träffa vederbörande för att få upp motivationen igen eller anpassa programmet så att det skulle passa patienten bättre (Aspvall et al., 2018).

Enligt behandlarna var det viktigt att få strukturerat avsatt tid för att arbeta med IKBT och att arbetet med IKBT inte bara skulle ”klämmas in” mellan annat arbete. Behandlarna menade vidare att IKBT behövde bli prioriterat på samma sätt som ”vanlig behandling” och att organisationen de jobbade för och deras chefer hade en stor roll i att se till att det blir så (Weineland et al., 2020).

Sammanfattning

Det finns ett stort behov av ett utökat behandlingsutbud hos BUP för att möta barn, ungdomar och deras familjers olika behov vad gäller behandling av psykisk ohälsa. IKBT kan vara ett bra sätt att möta dessa behov. Programmet ”Ångesthjälpen ung” har varit en del av BUP Skånes behandlingsutbud sedan 2017. I juli 2020 utökades programmet ”Ångesthjälpen ung” med fyra föräldramoduler. Vid denna tidpunkt uppstod två naturliga grupper, en grupp med föräldrar som inte hade fått tillgång till föräldramodulerna samt en grupp som hade fått tillgång till föräldramoduler. Det blev intressant att undersöka ifall föräldrarnas engagemang och insyn i ungdomarnas internetbaserade behandling ökade beroende på tillgången till föräldramodulerna.

Sedan starten har omkring 70 behandlare utbildats i metoden och idag är det 44 behandlare som har möjlighet att arbeta med programmet. Det finns en förväntan att behandlaren efter utbildningen skall avsätta 20 % av arbetstiden för arbete med IKBT och skall ha ca 10–15 pågående patienter igång i programmet samtidigt.

Det finns svårigheter att införa nya behandlingsformer i en befintlig vårdorganisation. Implementering, som avser de procedurer som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoden används så som det var avsett och med varaktighet, kräver noggrann planering. Kompetens hos användarna, en stödjande organisation och ett effektivt ledarskap är tre faktorer som är centrala för att förändringsarbete skall lyckas (Socialstyrelsen, 2012). Då det visade sig vara svårt att få tillräckligt med underlag för uppsatsen utifrån de svar på föräldraenkäterna vi fick in, breddades uppsatsen till att även undersöka behandlarnas användande och syn på programmet. Målet med studien är således att både ge en bild av föräldrars uppfattning av deras barns behandling med ”Ångesthjälpen Ung” och behandlarnas användande och syn på programmet.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är tvådelad. Dels är syftet att undersöka föräldrarnas uppfattning av programmet ”Ångesthjälpen ung” samt om det är någon skillnad i deras upplevelse av och

kunskap om programmet beroende på om de har tillgång till föräldramoduler eller ej. Dels är syftet att kartlägga behandlarnas användning av programmet ”Ångesthjälpen ung” och deras uppfattning av programmet. Det kan ses som en del av att undersöka hur väl implementerat behandlingsprogrammet ”Ångesthjälpen ung” är på BUP Skåne.

Frågeställningar

- Vilken uppfattning har föräldrarna om deras barns behandling genom programmet ”Ångesthjälpen ung”?
- Vilken skillnad finns i föräldrarnas kunskap och insyn i programmet ”Ångesthjälpen ung” beroende på deras tillgång till föräldramoduler?
- Hur ser användandet av programmet ”Ångesthjälpen ung” ut bland behandlare som är utbildade i metoden?
- Vilka underlättande och försvårande omständigheter anser utbildade behandlare i programmet ”Ångesthjälpen ung” att det finns i arbetet med programmet?

Metod

Design och teoretisk ansats

Vi genomförde en surveyundersökning med en kvantitativ och kvalitativ del. Vår datainsamling bestod av numeriska data som analyserades med kvantitativ metod och textbaserade data som analyserades med kvalitativ metod.

Surveyundersökning. En surveyundersökning görs på en större avgränsad grupp med hjälp av enkäter eller strukturerade intervjuer. Surveyundersökningar används ofta för att besvara frågor som rör vad, var, när och hur (Ejlertson, 2005). Vi använde oss av enkäter i vår studie. Fördelar med enkäter framför strukturerade intervjuer var att det gick snabbt att genomföra, vi kunde nå en stor grupp respondenter samt att vi inte hade en ”intervjuareffekt” det vill säga en skevhet i svaren på grund av vår förförståelse (Bryman, 2007). En annan fördel med enkäter var att de är lätta och snabba att analysera och tematisera, då frågorna i sig redan var fördelade i de teman som vi ville ha besvarat (Denscombe, 2018). Nackdelar med val av vår metod var att vi inte kunde ställa uppföljningsfrågor, att inte alla frågor passade i en enkätform samt att vi inte kunde hjälpa respondenterna om frågorna kändes otydliga (Bryman, 2007).

Vi undersökte om mätmetoden, enkäterna, var användbara och lämpliga för att undersöka vilken funktion föräldramodulerna hade i behandlingen. Vi undersökte även om

den behandlarenkät som vi hade utformat undersökte behandlarnas uppfattning och synsätt på programmet och behandlingen. I kvalitativa undersökningar kan det vara svårt att veta om en verkligheten har mätt rätt saker. I vår undersökning kan föräldrarnas och behandlarnas uppfattning samt attityd ha påverkat svaren (Bryman, 2012), något som kanske inte framkommer. Vi skapade både enkäterna exklusivt för denna studie och enkäterna är inte valida från annan forskning.

Utformning av enkäterna skedde i takt med inläsning av relevant litteratur, som bland annat togs fram genom sökningar i databasen LubSearch. Föräldraenkäten gjordes först, sedan tillkom behandlarenkäten. Den övervägande delen av enkäterna utgjordes av slutna frågor, vilket utgjorde den kvantitativa delen av redovisningen i uppsatsen. För att även få med en kvalitativ aspekt inkluderades även öppna frågor. Enligt Bryman (2007) är fördelar med att använda sig av öppna frågor bland annat att respondenterna kan svara med egna ord och att det lämnar utrymme för respondenterna att ge svar som forskaren inte hade tänkt på. Nackdelarna är att det krävs tid för forskare att analysera och för respondenterna att skriva. Det krävs en större insats.

Beskrivning av respondenterna

Våra enkäter är besvarade av två olika grupper respondenter. Gruppen respondenter-f består utav föräldrar till barn som hade en ångestproblematik och som sökte hjälp och gått i IKBT-behandlingen ”Ångesthjälpen ung” via BUP Skåne. Respondenter-f var fördelade i två naturliga grupper: en grupp av föräldrar som inte hade fått tillgång till föräldramoduler (för att de inte fanns) och en grupp som skulle få tillgång till föräldramoduler.

Gruppen respondenter-b består utav 44 behandlare som arbetade på BUP Skåne i februari 2021 och som var utbildade i IKBT-programmet ”Ångesthjälpen ung”.

Urval och genomförandet av datainsamling

Föräldrarna. I juni 2020 hade vi tillgång till en lista med 46 behandlare som arbetade på Första linjen, specialistpsykiatri och mellanvården. Alla dessa hade tidigare genomgått utbildningen i IKBT-programmet ”Ångesthjälpen Ung”. Vi skickade ut 20 enkäter till varje behandlare på denna lista. Av dessa 20 enkäter riktades 10 enkäter till de föräldrar som inte hade fått tillgång till föräldramodulen, det vill säga till föräldrarna vars barn påbörjade programmet innan juni 2020, och 10 enkäter till föräldrar som hade fått tillgång till föräldramodulen, det vill säga till föräldrar vars barn påbörjade programmet efter juni 2020. Behandlarna ombads att tillfråga föräldrarna vid avslutningssamtalet att fylla i enkäten. I

utskicket fanns ett brev till behandlaren med information om vår studie, ett informationsbrev till föräldrarna om vår studie samt en samtyckesblankett till föräldrarna, där det framgick att det var frivilligt att delta i studien, svaren skulle vara anonyma och att det fanns möjlighet att avbryta sitt samtycke under insamlingsperioden. Vi skickade breven via internpost den 1 juni 2020. Den 2 september skickade vi en påminnelse via mail till samtliga behandlare om vår studie. Det framkom då att en behandlare hade slutat och en behandlare aldrig hade genomfört utbildningen. I slutet av september ringde vi till nyckelpersoner och då framkom det att flera behandlare inte arbetade aktivt med IKBT-programmet ”Ångesthjälpen ung” och att behandlarna upplevde svårigheter med att få patienter till programmet. Dock fanns det en positivitet till att de snart skulle komma igång med IKBT-programmet ”Ångesthjälpen ung”.

Den 14:e december hade vi fått 10 enkäter tillbaka. Den 16:e december skickades förnyad påminnelse via mail ut till samtliga 44 behandlare och vi ringde återigen till nyckelpersoner. Även då visade det sig att flera inte hade kommit igång med arbetet med IKBT-programmet ”Ångesthjälpen ung” och behandlarna beskrev återigen svårigheterna med att rekrytera patienter. Vi förlängde insamlingstiden för enkäterna fram till den 31 januari 2021.

Mellan den 1:e juli 2020 och den 31:e januari 2021 hade behandlarna på BUP Skåne startat upp 193 föräldramoduler.

Vi skickade ut omkring 900 enkäter. Det inkom totalt 16 enkäter under perioden augusti 2020 – januari 2021. Av dessa enkäter är 8 från föräldrar som inte hade fått tillgång till föräldramoduler, 8 från föräldrar som hade fått tillgång till föräldramodul.

Behandlarna. De 44 utbildade behandlare ingick i en bestående sändlista. Den 12:e februari 2021 skickade vi ett mail till alla på denna sändlista med information om studien och dess frågeställning och en förfrågan att svara på en digital enkät genom att klicka på en länk som klistrades in i mailet. Vi uppmanade alla som fick mailet att svara på enkäten, även de som inte arbetade med programmet just då. Anonymitet garanterades. Den 19:e februari hade vi fått in 30 svar. Vi skickade då en påminnelse till alla på sändlistan och bad de som inte hade svarat tidigare att göra det nu. Den 1:e mars hade vi fått in 38 svar. Vi skickade en sista påminnelse till alla på sändlistan och skrev att vi skulle stänga av möjligheten att svara på enkäten den 5:e mars. Den 5:e mars hade vi fått in 41 svar av 44 möjliga. Möjligheten att svara på enkäten stänges av vid den tidpunkten.

Analysmetod

Mätinstrument. Föräldraenkäten bestod av nio frågor; fem slutna frågor samt fyra öppna frågor. Frågorna besvarades på en 10-siffrig skala (likertskala 1–10) med svarsalternativ mellan ”inte alls” till ”våldigt mycket”. De öppna frågorna gav föräldrarna möjlighet att förtydliga sina svar. Frågorna handlade om föräldrarnas kännedom om programmet ”Ångesthjälpen ung”, deras delaktighet i och insyn i programmet, deras upplevda stöd kring föräldrarollen samt deras upplevelse av deras barns förbättrade funktionsnivå under behandlingen (bilaga 1).

De kvantitativa svaren till föräldraenkäten analyserades med hjälp av Excel och SPSS 27.0 och resultaten presenteras i en tabell och i form av proportioner (låddiagram med skala 1–10). Varje fråga analyserades och presenteras separat.

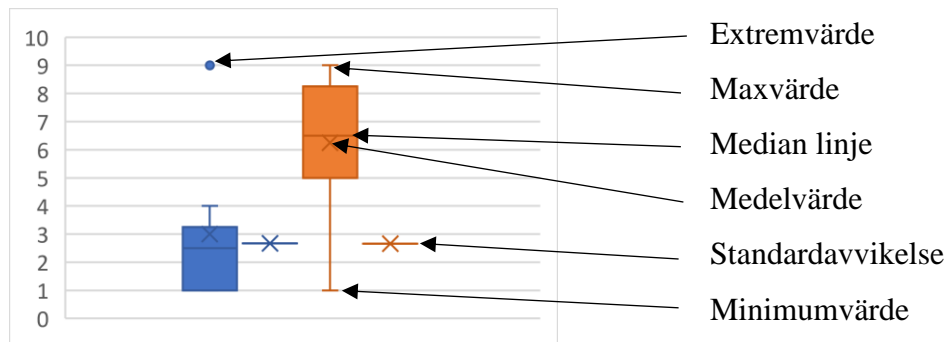
Låddiagram gav oss en lättöverskådlig bild över båda föräldragruppernas svar. Genom låddiagram kan vi beskriva spridningen i materialet, minsta värdet, första kvartilen, medianen, tredje kvartilen, största värdet och eventuella extremvärden.

Inom diagrammets låda är det värde som utgör 50% av svaren och kryssat (x) är medelvärdet och strecket i lådan är medianen. Den undre och övre kvartilen samt minimum och maximum redovisas i så kallade ”morrhår”. Eventuella extremvärden betraktas som utliggare (outliers) och markeras med en punkt (Körner & Wahlgren, 2012).

Medelvärden, standardavvikelser och spridning beräknades separat för varje fråga i föräldraenkäten. Enkätens svarsalternativ var av typen ordinaldata (likertskala 1–10) och det var endast 8 personer i varje grupp. Ett icke parametriskt statistiskt test – Mann-Whitney U-test – användes, för att undersöka om föräldrarnas enkätsvar på varje fråga separat skiljde sig åt på en statistiskt signifikant nivå mellan grupperna, d.v.s. de som inte hade tillgång till föräldramodul i barnens behandling respektive de som hade tillgång till föräldramodul. Eftersom bortfallet var så omfattande kan inte resultatet generaliseras till hela gruppen. P-värden ≤ 0.05 anges för statistisk signifikans (Wahlgren, 2013).

Figur 2

Förklaring av låddiagram



Not: Körner & Wahlgren (2012)

Behandlarenkäten bestod av 14 frågor, varav tolv var slutna frågor och två var öppna frågor. Frågorna handlade dels om var behandlarna arbetade, hur många patienter behandlarna hade haft igång de senaste månaderna med mera, dels om deras upplevelse av att arbeta med programmet "Ångesthjälpen ung" och hur arbetet med IKBT kunde förbättras/underlättas. Vi frågade vilka arbetsuppgifter behandlarna genomförde kring de patienter de ansvarade för i programmet, om de deltog i den erbjudna handledningen, om de tyckte det var viktigt att erbjuda IKBT i deras verksamhet och till vilka patienter i så fall. Som avslutning frågade vi om de upplevde det som givande att arbeta med IKBT. De flesta frågor skulle besvaras med ett kryss i alternativ A, B, C eller D. I en fråga gavs flera svarsalternativ som behandlarna kunde kryssa för. De öppna frågorna gav behandlare möjlighet att förtydliga sina svar (bilaga 2).

En av frågorna i behandlarenkäten, fråga 11, har vi inte redovisat i resultatdelen. Det visade sig att frågan var otydlig och att den hade tolkats på olika sätt av respondenterna.

Svaren från behandlarenkäten presenterades i form av proportioner (antal och %) genom programmet Google Docs formulär. Google docs formulär användes för att det var en gratis funktion från Google som tillät oss att enkelt dela filer, skapa online-undersökningar och sammanställa resultaten. Enligt Travis (2010) har Google docs många fördelar; programmet är enkelt att använda, det går att blanda öppna frågor med slutna frågor och programmet skapar automatiskt resultattabeller.

Som analysmetod för de öppna frågorna i enkäterna, som blev den kvalitativa delen av uppsatsen, användes metoden tematisk analys (TA). TA är en flexibel och väl använd metod inom kvalitativ psykologisk forskning. Metoden gav frihet och flexibilitet, samtidigt som vi behövde förhålla oss omsorgsfullt till data. TA innebär att forskaren aktivt och noggrant

identifierar, analyserar och rapporterar mönster eller teman som hen organiserar och beskriver utifrån insamlade data. Teman som fångade vårt intresse i data skulle stå i relation till forskningsfrågan, och skulle representera en meningsenhet eller en viss nivå av mönster i respondenternas svar (Braun & Clarke 2006). Det finns två olika typer av TA, dels deduktiv eller teoristyrda teman, dels induktiva eller empiristyrda teman. Den deduktiva analysen innebär att teman har bestämts i förväg, den induktiva analysen innebär att teman utarbetades genom insamlade data. I denna uppsats kombinerade vi dessa typer; den deduktiva genom våra fastställda frågor i enkäterna, den induktiva genom svaren på de öppna frågor som låg till grund för de slutgiltiga teman som presenterades efter genomläsningen av svaren. För att få en så bra överblick över svaren respondenterna skrev och för att hitta eventuella mönster och teman i data som framkom genom svaren, läste vi svaren oberoende av varandra och letade efter egna teman och mönster. Därefter jämförde vi dessa teman och mönster och fastställde följande slutgiltiga teman: Brist på tid, Otydliga rutiner, Arbetet kräver kompetens samt Programmet är för lättare problem.

Relevanta citat identifierades och fördes samman med varje tema.

Etiska överväganden

Faktorer att ha i åtanke för att säkerställa ett etiskt försvarbart förhållningssätt vid forskning är enligt Willig (2013) att deltagarna ska ge informerat samtycke, inte vilseledas, ha rätt att dra sig ur studien samt få möjlighet att ta del av publicerat material.

Föräldrarna som fyllde i enkäten informerades om studiens syfte både muntligt och skriftligt innan de gav sitt samtycke att delta i studien. Därefter fick de fylla i en samtyckesblankett. Alla data var anonymiserade innan vi tog del av dem och innan vi genomförde bearbetning och analys av frågeformulären. Föräldrarna kunde när som helst under arbetets gång ta tillbaka sitt samtycke och därmed strykas från studien.

En del föräldrar fick inte ta del av föräldramoduls-delen i behandlingen. Detta var inte på grund av denna studie utan för att föräldramodul saknades i programmet fram till juli 2020.

Då vi även samlade in information från behandlare, var det av största vikt att alla data även här var anonyma. Det fanns inga personliga frågor, utan frågorna var helt riktade kring syftet med denna uppsats, nämligen att kartlägga behandlarnas användning av programmet ”Ångesthjälpen ung” samt deras uppfattning av programmet. Enkäten skickades ut via mail med en länk till datorprogram Google doc som sedan sammanställde resultaten helt

anonymiserat. Vi bedömer de etiska riskerna för både föräldrarna som för behandlarna som deltog som ytters låga.

Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet är viktiga kriterier när det gäller hur vi ska bedöma kvaliteten i vår studie. Validitet innebär att verkligen undersöka det som ska undersökas i en studie och inget annat. Reliabilitet innebär att mätningen är korrekt gjord, tillförlitlig; att resultatet är trovärdigt. Generaliserbarhet innebär att resultatet från studien även gäller för likande grupper i liknande situationer (Steiner & Brinkmann, 2014).

Resultat

Föräldraenkäter

Nedan redovisas resultaten från föräldraenkäten indelade i de två grupperna, respondenter-f som inte hade tillgång till föräldramodul samt respondenter-f som hade tillgång till föräldramodul. Resultaten redovisas i diagram och text för deskriptiva data samt i tabell för resultaten av analysen om gruppernas svar skiljer sig åt, beräknat med Mann-Whitney U-test. Hädanefter kallas föräldrarna för respondenter-f.

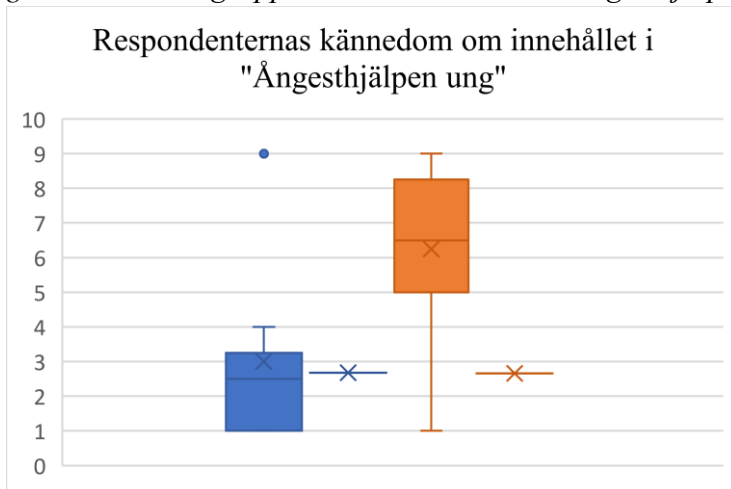
- Respondenter-f som inte hade tillgång till föräldramodul, n = 8
- Respondenter-f som hade tillgång till föräldramodul, n = 8

Figur 3 visar på frågan i vilken grad föräldrarna hade kännedom om innehållet i programmet. Medelvärde och standardavvikelse (inom parentes) för respondenter-f utan föräldramodul var 3,0 (2,67) och för respondenter-f med föräldramodul 6,25 (2,66).

Respondenter-f med tillgång till föräldramoduler angav större kännedom om programmet.

Figur 3

Låddiagram visar medelvärden, medianvärden, standardavvikelser och spridningarna gällande de två gruppernas kännedom om "Ångesthjälpen ung".



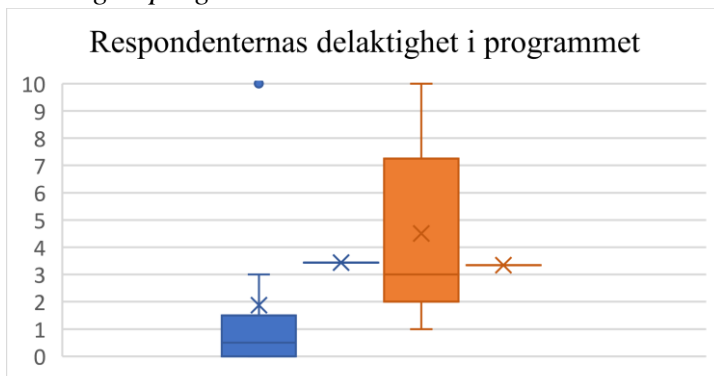
Not: Medelvärdet i låddiagrammet anger X och linjen anger medianen i låddiagrammet. -X- anger standardavvikelsen.

På frågan i vilken grad föräldrarna känt sig delaktiga i programmet visar Figur 4 att medelvärde och standardavvikelse (inom parentes) för respondenter-f utan föräldramodul var 1,88 (3,44) och ett extremvärde på 10,0. För respondenter-f med föräldramodul var resultatet 4,5 (3,34).

Samtliga respondenter-f efterfrågade större insyn och mer delaktighet i deras barns behandling, detta gällde både för respondenter-f som hade tillgång till föräldramodulen och för de som inte hade tillgång. I flertalet fall uppgav respondenterna-f som hade tillgång till föräldramodulen att deras barn inte ville att respondenterna-f skulle ha insyn i deras barns behandling.

Figur 4

Medelvärde, median, standardavvikelse och spridning av grad som respondenter-f känt sig delaktiga i programmet.



Not: Medelvärdet i låddiagrammet anger X och linjen anger medianen i låddiagrammet. -X- anger standardavvikelsen.

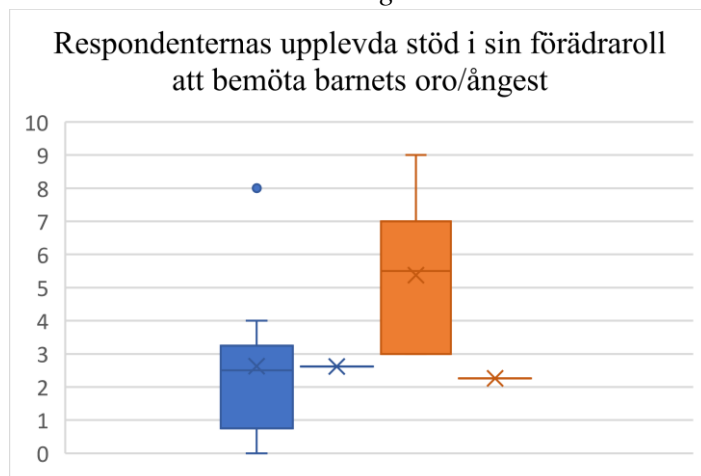
Merparten av respondenterna-f som inte hade tillgång till föräldramodulen angav att de inte kände till vilka verktyg som deras barn använde sig av, endast en respondent-f hade insyn i sitt barns behandling. Av respondenterna-f med föräldramodul framkom det ingen tydlighet att respondenterna-f hade någon större insyn i vilket ångestverktyg som deras barn använde sig av.

Figur 5 visar att medelvärde och standardavvikelse (inom parentes) för respondenterna-f utan föräldramodul var 2,63 (2,62) och för respondenterna-f med föräldramodul var 5,38 (2,26) på frågan i vilken grad de upplevt stöd i föräldrarollen.

Respondenterna-f som inte hade tillgång till föräldramodulen angav ett mindre upplevt stöd i sin föräldraroll och större svårigheter att hantera sitt barns oro/ångest än gruppen som hade tillgång till föräldramodulen. Respondenterna-f som hade tillgång till föräldramodulen ansåg att de upplevde stöd i att hjälpa sitt barn att hantera oro/ångest.

Figur 5

Låddiagram visar medelvärdet, medianen, standardavvikelse och spridningen som respondenterna-f har angett om upplevda stöd i sin föräldraroll och hur de kunde hjälpa att hantera sitt barn med oro/ångest.



Not: Medelvärdet i låddiagrammet anger X och linjen anger medianen i låddiagrammet. -X- anger standardavvikelsen.

Resultatet på Mann-Whitney U-test visade en signifikant skillnad mellan föräldragrupperna på frågan om deras kännedom om innehållet i programmet, $U = 51.50$, $p = 0.038$. Deras delaktighet i programmet, $U = 51.50$, $p = 0.038$ och frågan om deras upplevda stöd i sin föräldraroll för att bemöta deras barn oro/ångest, $U = 51.00$, $p = 0.050$. Föräldrar med tillgång till föräldramodulen svarade att det hade större kännedom, var mer delaktiga och ansåg i större utsträckning att de hade fått stöd i sin roll.

Båda föräldrargrupperna angav måttliga förbättringar i barnets funktion i skolan, socialt och i familjelivet.

Respondenterna-f som inte hade tillgång till föräldramodulen angav att deras barns mående hade förbättrats på så vis att barnet var gladare, mer socialt samt hade tillgång till strategier/verktyg för att kunna påverka sin situation. Respondenterna-f som hade tillgång till föräldramodulen angav att deras barns mående hade förbättrats på så vis att barnet själv kunde påverka sin situation, var socialare, tryggare och var mer medveten om sin oro/ångest samt hade färre konflikter i familjen.

Tabell 1

Resultat av en jämförelse av medelvärden, medianen, standardavvikelser och statistisk signifikansnivå gällande skillnader mellan grupperna beräknat med M W U test

	Utan Föräldramodul			Med Föräldramodul			Signifikans <i>p</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>SD</i>	
1. Kännedom om innehållet i "Ångesthjälpen ung".	3.00	2.5	2.67	6.25	6.5	2.66	0.038*
2. Uppfattningen om hur deras barns mående förbättrats under behandlingstiden	6.50	6.5	2.39	5.88	7.0	2.30	0.721
5. Delaktighet i programmet	1.88	0.5	3.44	4.50	3.0	3.34	0.038*
7. Upplevda stöd i sin föräldraroll att bemöta barnets oro/ångest	2.63	2.5	2.62	5.38	5.5	2.26	0.050*
Funktion skola	4.50	5.5	3.21	5.38	6.5	2.97	0.574
Funktion socialt liv	5.75	6.5	2.61	5.88	6.5	1.89	0.878
Funktion familjeliv	5.00	5.5	3.38	5.75	6.0	1.83	0.798

Not: *M*=Medelvärde, *Mdn*=Medianen, *SD*=Standardavvikelse. * $p \leq 0.05$ bedöms vara statistiskt signifikant.

Behandlarenkäter

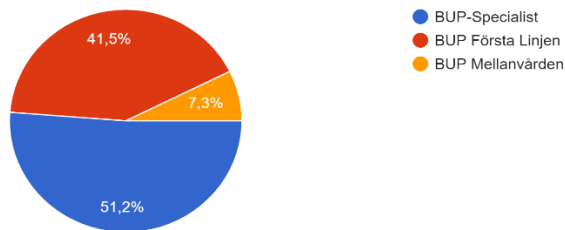
Nedan redovisas resultaten från behandlarenkäten. Resultaten bygger på enkätsvar från 41 behandlare. Alla svarade på samtliga frågor.

Resultaten från de slutna frågorna i enkäterna som behandlarna besvarade redovisas i form av andelen svar i % och andelen faktiska svar. De öppna frågorna redovisas separat utifrån den tematiska analysen.

I figur 6 nedan redovisas i vilken del av BUP Skånes organisation behandlarna som svarade på vår enkät (hädanefter kallas de för respondenter-b) arbetade vid den tidpunkt enkäten genomfördes. Svaren visade att 51,2 % (21) av respondenterna arbetade på specialistpsykiatri, 41,5% (17) på Första linjen och 7,3 % (3) på Mellanvården.

Figur 6

Arbetsplats respondenterna-b



På frågan om vilken utbildning respondenterna-b hade svarade 36 av respondenterna-b (87,8%) att de hade en vidare utbildning i KBT (steg 1 eller i psykologutbildning), fem respondenter-b (12,2%) angav att de inte hade det.

På frågan när respondenterna-b gick utbildning i programmet ”Ångesthjälpen Ung” svarade 7,3% att de gick utbildningsomgång ett, 2017 (pilotgruppen), 53,7% utbildningsomgång två, 2019 och 39% utbildningsomgång tre, 2020. Den sistnämnda omgången genomfördes på den digitala plattformen Teams.

De respondenter-b som angav sig inte ha en vidareutbildning i KBT gick alla utbildningsomgång tre, en av dessa hade inte arbetat med programmet de senaste två månaderna.

Figur 7 nedan åskådliggör om respondenterna-b sedan utbildningen hade haft

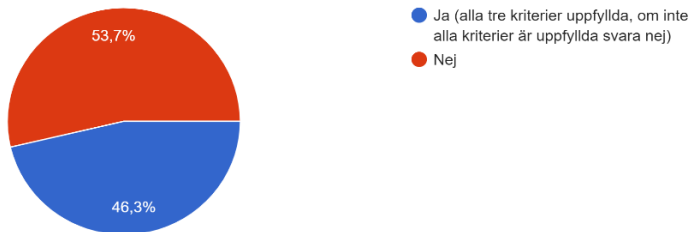
1. minst tre patienter igång i programmet
2. samtliga av dessa tre patienter hade genomfört minst 6 moduler vartefter
3. respondenterna-b hade genomfört ett avslutningssamtal med samtliga tre patienter

Om inte alla tre kriterier var uppfyllda var svaret nej.

Det visade sig vara några fler av respondenterna-b som arbetade på specialistpsykiatri som inte uppfyllde alla tre kriterierna; 13 av 21 specialistpsykiatrirespondenter svarade nej, jämfört med sju av 17 av Första linjen-respondenter.

Figur 7

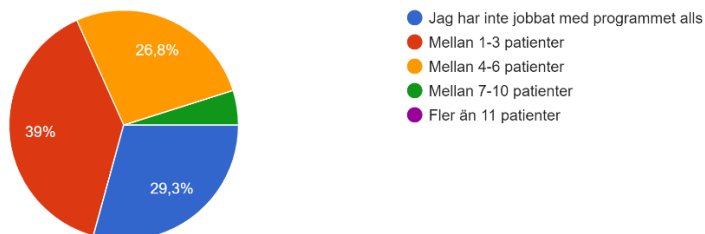
Andelen respondenter-b som hade haft tre patienter, som genomfört sex moduler vartefter respondenterna-b hade genomfört ett avslutningssamtal med samtliga tre



Figur 8 redovisar hur många patienter respondenterna hade haft igång i programmet de senaste två månaderna. Endast 4,9 %, dvs två respondenter, arbetade med 7–10 patienter de senaste två månaderna och inga hade haft 11 patienter eller fler. Nästan en tredjedel, 29,3 %, arbetade inte med programmet alls. Av de som gick utbildningsomgång två var det fem respondenter som angav att de inte arbetade med programmet alls, av de som gick utbildningsomgång tre var det sex respondenter, så där fanns inga stora skillnader. Däremot var det sju respondenter som gick utbildningsomgång två som hade 4–6 patienter igång de senaste två månaderna, ingen respondent som gick utbildningsomgång ett eller tre hade fyra-sex patienter igång. Av respondenterna som arbetade på specialistpsykiatri angav åtta av 21 respondenter att de inte arbetar med programmet alls just nu, på Första linjen var det tre av 17 och på Mellanvården var det en av tre. Generellt visar resultatet att det arbetades mest med programmet på Första linjen.

Figur 8

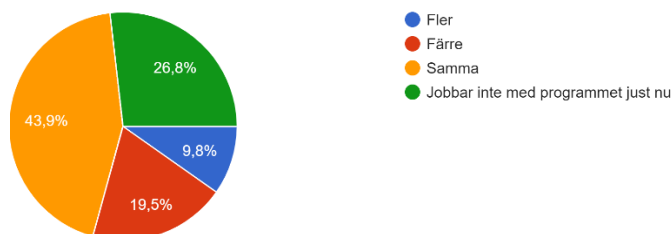
Antal patienter respondenterna-b hade haft igång i programmet de senaste två månaderna



Figur 9 redovisar respondenternas uppfattning om antalet patienter som fick IKBT hade förändrats under de senaste två månaderna.

Figur 9

Respondenterna-b:s uppfattning om antalet patienter som fick IKBT de senaste två månader



Behandlarna erbjöds metodhandledning och 60 % av respondenterna-b angav att de hade deltagit i den metodhandledning som hade erbjudits.

I frågan ”vad skulle underlätta ditt arbete med IKBT” fanns nio olika alternativ respondenterna-b kunde markera. De fick även möjlighet att markera flera alternativ och komma med egna alternativ. De egna alternativen användes som underlag till den kvalitativa resultatdelen av uppsatsen.

Av de 41 respondenterna-b angav 19 att det skulle underlätta att ha inbokade tider för att arbeta med programmet och 17 att det skulle underlätta att få hjälp/rutiner i att rekrytera patienter. Ledningens stöd och uppmuntran skulle underlätta arbetet menade 12 respondenter. Stöd i kommunikation mellan yrkesgrupper/mina kollegor, angav tio respondenter skulle vara en underlättande faktor och tio respondenter angav att delta i en workshop med kollegor som har ”specialistkunskap”. Stöd i kommunikation med föräldrar och patienter angav fyra respondenter som en underlättande faktor, tre respondenter hade velat ha ytterligare handledning än den nuvarande medan två respondenter önskade stöd i journalföring.

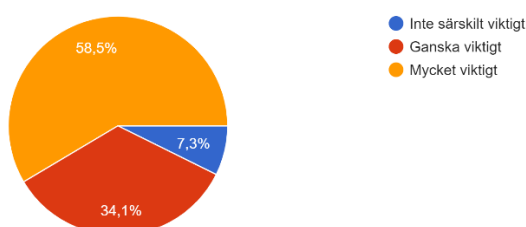
Figur 10 redovisar hur viktigt respondenterna-b ansåg att det var att kunna erbjuda IKBT till patienterna i deras verksamhet. Observera att frågan inte handlade specifik om programmet ”Ångesthjälpen ung”, utan om IKBT i allmänhet.

På Första linjen fanns inga respondenter-b som ansåg att det inte var särskilt viktigt, på specialistpsykiatrien fanns det tre. Ganska viktigt tyckte 11 respondenter-b som arbetade på specialistpsykiatrien, tre på Första linjen. Det är mycket viktigt att kunna erbjuda IKBT inom vår verksamhet tyckte sju respondenter-b som arbetade på specialistpsykiatrien och 14 som arbetade på Första linjen. Alla tre respondenter-b som arbetade på Mellanvården ansåg att det var mycket viktigt att kunna erbjuda IKBT inom deras verksamhet. Med andra ord; ”Det är

mycket viktigt att kunna erbjuda IKBT inom min verksamhet” tyckte 100% av respondenterna-b som arbetade på Mellanvården, 83% av respondenterna-b som arbetade på Första linjen och 33% av respondenterna-b som arbetade på specialistpsykiatrin.

Figur 10

Respondenterna-b:s uppfattning om hur viktigt det var att kunna erbjuda IKBT i deras verksamhet



Nedan redovisas genom figur 11 vilka patienter respondenterna ansåg att IKBT programmet ”Ångesthjälpen Ung” skulle erbjudas till i deras verksamhet.

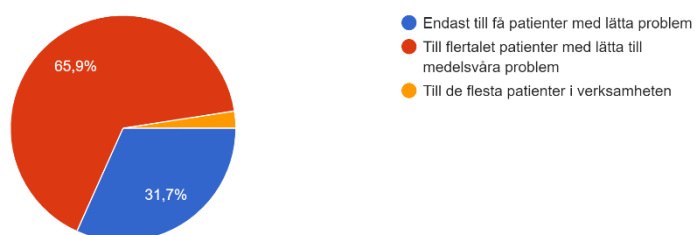
Av respondenterna på Första linjen ansåg en respondent att den endast skulle erbjudas till patienter med lätta problem, 15 respondenter svarade till flertalet patienter med lätta till medelsvåra problem och en respondent svarade till de flesta patienter i verksamheten.

Av respondenterna på specialistpsykiatrin ansåg 12 respondenter att den endast skulle erbjudas till patienter med lätta problem, nio respondenter svarade till flertalet patienter med lätta till medelsvåra problem och ingen av respondenterna svarade till de flesta patienter i verksamheten.

Alla respondenter som arbetade på Mellanvården ansåg att programmet skulle kunna erbjudas till flertalet patienter med lätta till medelsvåra problem i deras verksamhet.

Figur 11

Respondenterna-b:s uppfattning om vem som kan erbjudas programmet ”Ångesthjälpen-ung i deras verksamhet

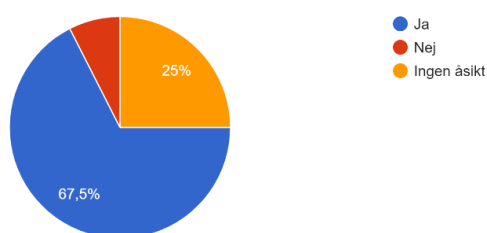


Den sista frågan i enkäten gällde ifall behandlarna upplevde det givande att arbeta med IKBT och andelen redovisas i figur 12

Tre av respondenterna, 7,5%, upplevde det inte som givande att arbeta med IKBT. Dessa arbetade på specialistpsykiatrin. Tio respondenter svarade att de inte hade en åsikt kring detta, sju av dessa arbetade på specialistpsykiatrin, tre på Första Linjen. Sju av dessa hade inte arbetat med programmet ”Ångesthjälpen Ung” de senaste två månaderna.

Figur 12

Andelen respondenter-b som upplevde det givande att arbeta med IKBT



Resultat av de öppna frågorna i behandlarenenkäten

Enkätfrågorna: ”Vad skulle underlätta ditt arbete med IKBT?”, ”Kan du beskriva vilka arbetsuppgifter du gör kring dina IKBT-patienter förutom att svara patienterna i programmet och skriva journal?” och ”Har du tankar/idéer om hur ditt arbete med IKBT kan förbättras/underlättas?” analyserades med tematisk analys (TA). Det framkom fyra tydliga teman; Brist på tid, Otydliga rutiner, Arbetet kräver kompetens och Programmet är för lättare problem.

Brist på tid: Det blev tydligt att respondenterna la ner mycket tid på programmet utöver den tid det tog att svara patienterna i programmet samt att genomföra bedömnings- och avslutningssamtal. Att boka tider i Region Skånes bokningssystem samt att koda rätt i systemet var något flera nämnde. Att ringa till föräldrarna, till patienten, till skola mm nämndes också. Behandlarna la mycket tid på systemet runt patienterna, någonting som inte har med programmet i sig att göra, men med uppdraget behandlarna hade kring patienterna. Det blev tydligt att respondenterna-b inte enbart ansvarade för att patienterna genomförde programmet, men att de även svarade på föräldrarnas frågor, hade skolmöte mm. Flera beskrev att det gick mycket tid till att motivera patienterna att fortsätta med programmet och att få dem att genomföra modulerna. Även kring detta genomfördes en del samtal med föräldrar.

N16: Tittar ofta igenom tidigare modul och kommande modul för att få överblick i processen. Har kontakt med patient kring andra frågor eller kontakt med patient för att motivera till att arbeta vidare med programmet. Går muntligt igenom arbetet med programmet ibland där det behövs. Har kontakt med föräldrar kring att stötta ungdomen. Ibland kontakt med skola för samverkan kring patienten. Ibland samtal med patient mellan moduler för att befästa färdigheter. Bokning i Pasis tar en del tid.

Flera angav att de själva behövde gå in i modulerna för att veta vilken modul som patienten skulle börja arbeta i. Respondenterna beskrev att det tar tid att lära känna programmet; lära sig de olika verktyg patienterna skall använda, lära känna språket som används i programmet och som behandlarna förväntas använda i responsen till patienterna. Eftersom en stor del av respondenterna-b (53,7 %) inte har genomfört tre hela behandlingar hade dessa respondenter inte haft möjligheter att bygga upp rutiner kring arbetet med programmet.

N37: Det är inte ovanligt att jag ser igenom modulerna, vad kommer nästa steg att vara, tänker igenom "processen".

Det tog även tid att prata med kollegorna om programmet, beskrev respondenterna-b; att se till att kollegorna kommer ihåg att remittera patienter till programmet samt att återkoppla till kollegorna om framgångar och motgångar i programmet för deras patienter mm. Att skriva journaler upplevdes däremot som enkelt på grund av journalförings-exempel som fanns i den gemensamma mappen.

Otydliga rutiner: Det flesta respondenter-b beskrev ett behov av tydligare rutiner och strukturer så att det skulle finnas förutsättningar för att arbetet med IKBT. Respondenterna-b beskrev till exempel att det inte var tydligt för dem när de skulle arbeta med programmet. Flera beskrev att de skulle lägga 20% av sin arbetstid på IKBT, men att det inte hade tagits bort arbetsuppgifter. De upplevde att de fick ytterligare en arbetsuppgift som skulle genomföras.

N21: Vad jag har upplevt i verksamheten är att chefer är väldigt glada för IKBT, men mindre glada för att ta bort andra arbetsuppgifter för att ge utrymme för det. Jag tror även att det är viktigt att enhetschefen har en aktiv roll i hur rutinerna för IKBT

utformas på mottagningen (såklart i samarbete med behandlarna). Hur patienter ska fördelas och hur behandlarna ska få utrymme att avsätta tid för just IKBT.

Att det behövdes mer insikt från ledningen och chefer om vad arbetet med IKBT innebär framfördes av flera. Nu upplevde respondenterna-b att cheferna inte visste hur mycket tid arbetet tog och vad de gjorde. Flera efterfrågade tydligare strukturer kring remittering av patienterna till programmet. Några mottagningar hade hittat ett system kring det, flera hade inte det. Vid genomläsning av svaren blev det tydligt att det inte fanns en gemensam struktur för BUP Skåne, men att några enheter hade hittat en egen lösning. Det fanns även skillnader i uppfattningen om vem som vara ansvarig för patienten; den som hade remitterat patienten till programmet, eller den som var ansvarig för genomförandet av programmet. Det beskrevs även funderingar kring just remitteringen; var det behandlaren som genomförde bedömningsbesöket som bestämde om patienten skulle genomföra programmet, eller var det den remitterande behandlaren? Även otydlighet kring rutinerna vid ett avhopp av programmet beskrevs; respondenterna visste till exempel inte om de skulle genomföra ett avslutningssamtal vid avhopp. Något annat som beskrevs var att det blev fler och fler kollegor som gick utbildningen i IKBT men att det inte blev fler patienter som remitterades till programmet. ”Vem skall egentligen jobba med programmet?” undrades det. Det fanns även funderingar om arbetet med IKBT skulle knytas till ens egen mottagning, eller till en speciell ”IKBT-mottagning”. Det framfördes tydligt att det inte var bra att vara ”ensam IKBT-are” på sin mottagning.

N37: Det är bra om det är mer än en på varje mottagning som arbetar med det. Hjälpt att få tag på patienter, det här arbetet borde knytas till hela organisationen. Lund arbetar med Malmö patienter och tvärtom. Dessa patienter behöver ju inte knytas till en speciell mottagning.

Det finns dock även respondenter-b som tycker att det fungerar bra så som det är nu:

N38: Tycker att arbetet så här långt fungerar mycket bra, tycker att handledning och utbyte med kollegor på mottagningen är tillräcklig hjälp, programmet är i sig själv så lätt-administrerat och det finns så mycket material att hämta i gemensamma

mappar. Det är möjligt att andra behov uppstår när jag hållit på längre och när jag haft fler patienter.

Att det borde pratas mer om IKBT, att det borde föras mer på agendan är någonting de flesta respondenterna-b nämnde.

Arbetet kräver kompetens: Flera respondenter-b berörde på olika sätt att det krävdes kompetens för att arbeta med programmet. Teknisk kompetens kring programmets plattform; att veta hur en öppnar programmet till patienten och dess föräldrar, veta hur en öppnar olika moduler, att kunna se var patienterna har svarat, att hjälpa patienterna igång med deras mobila bank-id mm. Kompetens att kunna uttrycka sig skriftligt så att det uppfattas som hjälpsamt av patienterna och som gör att de känner sig motiverade att testa verktygen och fortsätta med programmet. Det som framförallt nämndes var kompetensen som behövdes kring KBT och ACT; att förstå de KBT-interventioner som ingår i programmet, såsom att veta funktionen av den psykoedukation som ingår och vikten av de funktionsanalyser som skall göras, samt att förstå ”ACT-språket” som används i programmet, så som ”gå mot din sol”, och ”zooma ut från en tanke”.

En respondent-b sammanfattar det såhär:

N16: Jag upplever att internetbehandling med program som ångesthjälpen ung kräver betydande insatser och kompetens från behandlaren. Arbetet kräver insikt i metoden såväl som kunskaper kring KBT och ACT för att kunna bemöta de frågor patienterna ställer och för att kunna vägleda patienten i programmet (...) Arbetet med

Ångesthjälpen Ung är med andra ord inte något man bara administrerar utan kräver mycket från behandlaren både i fråga om tid och kompetens.

Programmet är för lättare problem: Det fanns en del funderingar om programmet ”Ångesthjälpen ung” var rätt program att arbeta med. De flesta av dessa funderingar kom från respondenter som arbetade på specialistpsykiatri. Programmet passar inte deras patienter, menade flera, patienterna kan inte ta så mycket ansvar, förklarade några. Flera beskriver att de startade många program men att få patienter genomförde programmet. De beskrev att det även var svårt att få föräldrarna att öppna föräldramodulerna, de vet inte vad det berodde på. ”Är ”Ångesthjälpen ung” ett program som riktar sig till lättare problem?” undrar flera respondenter från specialistpsykiatri och även några från Första linjen. ”Kräver programmet

för mycket av våra patienter beträffande självständighet, motivation och ansvar?" undrade de. Flera kände ett behov av att leta efter flera IKBT-program, som patienterna och behandlarna skulle kunna välja mellan. Andra önskade att kunna anpassa programmet mer efter patienternas behov. De önskade en mer "blended-behandling" där patienterna dels får IKBT, dels träffar sin behandlare som vanligt på mottagningen.

N14: Jag tycker nog mer och mer att programmet Ångesthjälpen ung är rätt utmanande att få till med patienter inom specialistpsykiatri. I vissa fall fungerar det toppen, men det gäller främst patienter med lindrig ångestproblematik som förekommer i samband med annan problematik som gör att de är på BUP. Det är en lite för avgränsad och "ytlig" insats som kan vara svår att verkligen jobba med på det sätt som krävs för de ungdomar som har stora svårigheter. Jag tror kanske mer på andra IKBT-program, som kan vara lite mer omfattande och lättare att använda som komplement till annan behandling eller parallellt med en face-to-face-kontakt.

Andra önskade valbara moduler kring olika ångestdiagnoser, eller mer anpassade moduler till barn med Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) och andra svårigheter.

N29: Jag hade önskat fler "valbara" moduler som jag som behandlare kan aktivera vid behov. T.ex. hade jag önskat en extra modul med ännu mer fokus på exponering än vad som erbjuds i dagsläget. Jag hade också önskat en modul med fokus på social ångest, GAD, Panikångest, Hälsoångest.

Diskussion

Metoddiskussion

Resultaten kring föräldramodulerna får tolkas med mycket stor försiktighet då grupperna var små och urvalet inte var slumpmässigt genomfört. Generaliseringsbarheten är ytterst låg. Det var dessutom svårt att hitta teman som var representativa i enkäten. Skillnaderna mellan grupperna kan bero på andra aspekter än tillgång till föräldramodulerna såsom föräldrarnas socioekonomiska situation, personlighet och deras psykiska mående.

För att uppnå validitet kopplade vi metoden till vårt syfte och till våra enkätfrågor. Reliabiliteten för föräldraenkäten var låg då vi inte kunde utesluta att undersökningen inte har påverkats av slumpmässiga eller tillfälliga händelser med tanke på den låga svarsfrekvensen. Vi kan inte vara säkra på om vi hade fått samma svar om vi hade gjort om studien i dag. Det som styrkte reliabiliteten något var föräldrarnas anonymitet.

Behandlarenkäten besvarades av nästan alla behandlare, 41 av 44 möjliga svar, vilket så klart känns mycket bra. Det gör generaliserbarheten hög fast enbart i förhållande till en liknande grupp respondenter. Tydliga teman framkom. Reliabiliteten av behandlarenkäten var hög. Om vi skulle göra om undersökningen skulle vi få ungefär samma resultat, vi har tolkat och har haft samsyn i resonemanget kring enkätsvaren.

Att använda oss av enkäter till behandlarna har varit framgångsrikt; vi tror inte att vi hade kunnat nå så många behandlare på ett annat sätt.

Då vi båda på olika sätt har varit involverade i IKBT BUP Skåne under många år, hade vi insyn i arbetet vilket kan vara både en styrka och en svaghet. IKBT ligger oss varmt om hjärtat och vi har ett stort engagemang. Problematiken med detta är att våra forskarglasögon inte var objektiva. Detta kan ha påverkat oss i de frågor vi har ställt, våra resonemang och våra slutsatser. Langemar (2008) menar att vi, genom ett reflektivt förhållningssätt gällande vår data, resultaten och vårt eget förhållningssätt skulle kunna förhålla oss till vår förförståelse på ett sätt så att den skulle kunna bli till nytta samtidigt som vi inte hamnade i fällan att bedöma i stället för att beskriva. Vår val av metod, enkäter, hjälpte till med detta. Det fanns rådata att analysera, som hade framkommit utan att vi hade påverkat våra respondenter. En fördel med vår förförståelse kan ha varit att vi har kunnat problematisera och ställa om på ett snabbt sätt, vilket kan ha bidragit i att studien kunde genomföras trots motgångar i början. En nackdel kan ha varit att vi redan hade en åsikt kring hur det var att arbeta med IKBT. Vi har försökt att inte låta detta påverka undersökningen genom att vara noggranna i vår utformning av enkätfrågorna och genom att låta andra personer, som inte var insatta i IKBT, läsa våra enkäter och komma med synpunkter. Vi har även låtit våra tematiska analyser (TA) ta tid, har försökt att skapa oss en distans mellan svaren, det vi redovisar och våra personliga erfarenheter.

I vår uppsats redovisar vi resultat kring två undersökningar; föräldrars uppfattning av delaktighet i sina barns ångestbehandling med IKBT-programmet "Ångesthjälpen ung" och behandlarnas uppfattning om programmet. Vi är medvetna om att det gör att vår uppsats kan

upplevas som spretig. Det har inte varit en självklarhet att det skulle bli så. Vi har ständigt diskuterat relevansen av dessa delar. Eftersom uppsatsen är skriven utifrån ett verksamhetsuppdrag, var det viktigt att redovisa båda delarna.

Vi har i efterhand reflekterat över att vi hade kunnat utforma och genomföra arbetet med föräldraenkäterna på ett annat sätt. Vi hade kanske kunnat introducera enkäten redan i början av behandlingen. Vi hade kanske kunnat använda oss av semi-strukturerade intervjuer för att nå föräldrar och få en djupare förståelse för deras uppfattningar. Vi hade kanske överhuvudtaget behövt börja undersöka hur många som faktiskt genomförde behandlingen ”Ångesthjälpen ung”, istället för att utgå ifrån att det var många.

Resultatdiskussion föräldraenkäten

Det har gjorts få studier kring hur viktig föräldrarnas roll är i behandling, i de flesta studier gjorda i ämnet har fokus enbart varit på föräldrarnas närvaro och inte hur föräldrarnas deltagande har varit (Haine-Schagel & Escobar Walsch, 2015). I vår studie har vi tittat om föräldrarna har använt sig av de tilldelade föräldramodulerna, samt försökt att belysa betydelsen av dessa. Forskarna är oense om vikten av föräldrarnas roll i barns behandling. Walczak et al. (2017) menar att föräldrarnas delaktighet är viktig, medan Carnes et al. (2018) inte fann en positiv behandlingseffekt på grund av detta. Det som framkommer i vår studie är att det finns en spridning kring föräldrarnas uppfattning om programmet ”Ångesthjälpen ung. Exempelvis var det föräldrar som uppgav att de hade god kunskap om sitt barns behandling och såg förbättrat mående trots att de inte har haft tillgång till någon föräldramodul. Denna spridning är svår att dra slutsatser kring, då underlaget är så litet, men det skulle kunna ha någonting att göra med det som Stallard (2009) beskriver, nämligen vikten av att konceptualisera den eventuella roll föräldrarna kan ha i behandlingen. Det kan vara så att föräldrarna i vår undersökning har varit en blandning av facilitatörer, co-terapeuter och klienter vilket har påverkat deras svar.

Det som framkom av underlaget i enkäterna var att föräldrarna som har haft tillgång till föräldramodulerna i större utsträckning hade kännedom om programmet. Föräldramodulerna består till stor del utav psykoedukation, vikten och funktionen av detta påpekar även Friedberg och Mc Clure (2015). Föräldrarna som inte hade tillgång till föräldramodulerna uppgav dock att de hade fått information av behandlarna, vilket dock inte gav samma höga värde på skalan som föräldrarna med tillgång modulerna. Det är möjligt att behandlarna i större utsträckning informerade föräldrarna om programmet när

föräldramodulerna inte var framtagna. Det framkom ingen skillnad mellan föräldrarnas insyn i vilket ångestverktyg (strategi) som deras barn använde sig av. Föräldrar som hade tillgång till föräldramodul upplevde en större delaktighet. Det framgår ändå att båda grupper efterfrågade större insyn och mer delaktighet i sina barns behandling. Det är möjligt att det skulle ta mycket tid att göra föräldrarna nöjda. Aspvall et al. (2018) beskriver att behandlarna i deras IKBT-program lade ner mer tid på föräldrarna än på barnen.

Det framkom i vår studie är att några föräldrar inte blev insläppta av sina ungdomar i behandlingen, något som även Weineland et al. (2020) beskrivit.

Föräldrarnas uppfattning om hur deras barns mående förbättrades under behandlingen skilde sig inte så mycket åt mellan grupperna. Vi kunde se att båda grupperna hade skattat att det förbättrades. Vi vet inte om det är programmet ”Ångesthjälpen ung” som hade påverkat måendet hos barnen då denna studie inte mäter effekten av behandlingen. Merparten av föräldrarna beskrev att deras barns funktion i skolan, socialt och i familjelivet hade förbättrats under behandlingen. När Nilsson och Tallberg (2019) sammanställde föräldraskattningen avseende deras barns ångest, hittade de ingen behandlingseffekt utifrån dessa skattningar.

Det framgår att föräldrarna med tillgång till föräldramodul i större utsträckning känner att de fått stöd i att hantera deras barns oro/ångest än föräldrarna utan föräldramodul. Det som kan ha varit till hjälp är att familjerna fick ett gemensamt språk för att prata om oro/ångest. Föräldramodulerna i Aspvall et al. (2018) utvärderas som mycket positivt av både föräldrarna och behandlarna. Frågan är om det som de beskriver som framgångsfaktorerna är en del av innehållet i föräldramodulerna i programmet ”Ångesthjälpen ung” eller om innehållet i dessa mest skall ses som psykoedukation, vilket i för sig också kan vara mycket framgångsrikt. För att kunna svara på denna fråga hade vi behövt göra en studie som fokuserar på att jämföra föräldrars upplevelse av dessa olika innehåll. Det skulle även ha varit intressant att jämföra föräldrarnas uppfattning av förbättring med deras barns utfall enligt självskattningar för att se om det skulle finnas en samstämmighet mellan dessa. Vi har inte barnens resultat men det hade varit en intressant aspekt hur barn, föräldrar och kanske även behandlarna uppfattar förbättringar. Det finns många fler aspekter som behöver undersökas mer, barnets/ungdomens förutsättningar, föräldrarnas förutsättningar och deras relation och anknytning med barnet för att nämna några. Även innehållet i föräldramoduler behöver undersökas vidare.

Resultatdiskussion behandlarenkäten.

Vi hittade, förutom Weineland et al. (2020), få beskrivningar i tidigare forskning av ”vanliga verksamheter” som arbetar med IKBT för barn och ungdomar. Hill et al. (2017) beskrev att forskningen som fanns ofta var gjord på universitet och forskningskliniker, Titov et al. (2018) beskrev hur kliniker som specialiserat sig på IKBT arbetade. Även BIP, som Lenhard et al. (2017) beskrev, är en specialistenhet. Det förfaller som att det mest är specialistenheter i IKBT för barn och ungdomar som arbetar med IKBT.

I tidigare forskning har det inte gjorts skillnad mellan arbete med IKBT på specialist- eller primärvårdsnivå, vilket vi tyckte var intressant att belysa utifrån ett behandlarperspektiv. De flesta behandlare som svarade på vår enkät arbetade på specialistpsykiatri, vilket kan förklaras med att det finns fler specialistmottagningar och i och med det fler behandlare där än på Första linjen. Några få av behandlarna arbetade på Mellanvården. Var de arbetade visade sig påverka svaren på våra frågor vilket troligtvis främst beror på vilka patienter de möter i sina verksamheter.

En stor andel av behandlarna i vår enkät hade inte alls arbetat med programmet efter utbildningen; 29,3%. Anledningarna till detta kan vara många. Några behandlare beskrev att det utbildades fler och fler i metoden, men att det inte remitterades fler patienter till programmet. Det visade sig att det var behandlarna som gick utbildningsomgång två som arbetade mest med programmet. Det kan vara så att dessa var mer ”etablerade” i arbetet och att det inte fanns lika många patienter kvar för de nyutbildade. Det kan även vara så att de som utbildades tidigare var de som var mer motiverade och att de som utbildades senare inte hade samma intresse för att arbeta med IKBT. Även faktumet att utbildningsomgång tre genomfördes på den digitala plattformen Teams kan ha haft en påverkan.

Det visade sig att färre än hälften av behandlarna uppfyllde de krav som skulle kunna ge ett underlag till en diplomerad IKBT-behandlare. Det förefaller som att av de 42 utbildade behandlarna var de 19 som var erfarna i programmet. Vi vet att programmet startades för många patienter varje månad och resultatet i vår studie tyder på att det är många av dessa startade behandlingar som inte genomförde sex moduler och att många startade behandlingar inte avslutades med ett avslutningssamtal.

Under tiden behandlarna kunde besvara enkäten var verksamheten påverkad av Corona-pandemin, vilket en skulle kunna tro skulle betyda att fler patienter skulle göra programmet ”Ångesthjälpen ung”, en digital behandling istället för en fysisk på

mottagningen. Antalet patienter som behandlarna arbetade med under pandemin var det samma eller färre än tidigare, endast 9,8% av behandlarna uppfattade att det var fler. En anledning till detta skulle kunna vara att många behandlare inte arbetar på sin arbetsplats under pandemin och att det då inte pratas lika mycket om programmet och att det leder till färre remitteringar till programmet. Det skulle även kunna tyda på en ”programtrötthet”; programmet är testat av behandlarna, de upplever det som svårarbetat och de fortsätter inte arbeta med programmet.

I utbildningen i programmet beskrevs att behandlarna skulle lägga 20% av arbetstiden för arbetet med IKBT och att de skulle ha ca 10–15 pågående patienter samtidigt. Inga av behandlarna i vår undersökning hade fler än 10 pågående patienter, de flesta hade 1–3 patienter, vilken kan ses vara långt under det förväntade antalet patienter.

Det skulle vara intressant att undersöka mer kring detta. Beror detta på brist av remitterade patienter, på brister i rutiner som gör att behandlarna inte får tid att arbeta med flera patienter, är det för att behandlarna inte vill arbeta mer med programmet, eller beror det på någonting annat?

QIF, som Mayers et al. (2012) beskrev innefattade fyra faser. I fas ett, som innehöll strategier för kartläggning, skulle det bland annat bedömas om metoden har ett genuint stöd från beslutfattare, chefer och praktiker. I fas två skulle det skapas strukturella förutsättningar, för att sedan komma till fas tre, genomförande fasen. Fas fyra handlade om att lära och förbättra. Processen behandlarna i vår enkät beskrev handlar mest om fas tre, genomförande fasen, men även om en avsaknad av fas två; de strukturella förutsättningarna. Resultatet i undersökningen tyder på att en tydlig struktur skulle underlätta arbetet med programmet. Det gäller tydlighet kring hur mycket av behandlarnas arbetstid som skulle läggas på varje patient och var tiden skulle komma ifrån, strukturer kring rekrytering och remittering av patienter, samt rutinerna kring avhopp. Det framkommer även ett behov av tydlighet vem som ska arbeta med programmet.

Genom att nu gå in i fas fyra skulle BUP Skåne kunna dra lärdomar av hur implementeringen har gått till och hur arbetet skulle kunna förbättras framåt. Mayers et al. (2012) påpekar vikten att följa upp resultatet av implementeringar av nya behandlingsformer.

BUP Skåne måste hela tiden anpassa sig till de nya forskningsrön som finns, vilket betyder att organisationen ofta behöver ta in nya program och metoder i verksamheten. Samtidigt som ”Ångesthjälpen ung” implementerades, implementerades även metoden

”Deplyftet” (en metod för arbete med depression). En jämförande studie kring implementering av dessa program hade varit intressant.

Det finns tre stödfunktioner för att stödja ett vidmakthållande av nya metoder; kompetens, stödjande organisation, och effektivt ledarskap (Fixsen et al., 2005). Många behandlare i studien, särskilt de som arbetade på Första linjen tycker det är viktigt att erbjuda IKBT i deras verksamhet. Resultatet visar att en del av behandlarna arbetar lite eller inte alls med programmet. Arbetet kräver kompetens vilket de får via träning och det tar tid. Tid att läsa programmet, känna sig bekväm med verktygen som används och tid att lära sig att svara på ett sätt som var hjälpsamt för patienterna. Denna tid verkar inte behandlarna ha fått och de känner sig kanske inte tillräckligt kompetenta i arbetet med programmet ”Ångesthjälpen ung”.

Behandlingen bör prioriteras på samma sätt som ”vanlig behandling” och det är organisationen och chefen som har ansvar att se till att det blir så, det skall inte ”klämmas in” (Weineland et al., 2020). Lenhard et al. (2017) beskrev att tiden en behandlare la på deras program blev en tredje- till en fjärde del mindre jämfört med sedvanlig behandling. Om vi skulle utgå ifrån att ett vanligt besök tar 45 minuter, skulle det ta omkring 30 minuter att arbeta med varje IKBT-patient som är igång. Det var dock otydligt om bedömningsamtal, avslutningssamtal samt administration var med i beräkningen i Lenhard et al (2017) studie. Alla andra arbetsuppgifter som behandlarna i vår enkät beskrev att de gjorde nämns inte heller, så som skolmöte, ringa föräldrarna och ha extra besök för att motivera patienten. Det finns ingen forskning kring hur IKBT skall organiseras, forskningen som tidigare nämns är mest gjord på specialistenheter, som kanske inte gjorde dessa saker. Forskningsstudier är mer kontrollerade och resultatet svåra att föra över till klinisk verksamhet där annat också måste göras (Hill et al., 2017; Titov et al., 2018). BUP Skåne är en stor organisation och några av behandlarna i vår enkät var ensamma i deras verksamhet om att ha kompetens i att arbeta med ”Ångesthjälpen ung”, vilket beskrevs som en försvårande omständighet. En specialistenhet där flera behandlare arbetar med IKBT skulle underlätta denna svårighet. I Weinlands et al:s (2020) studie, där behandlarna är utspridda i organisationen, beskrevs dock hur mycket behandlarna tycker om att arbeta med IKBT; det gav dem bland annat en variation i deras arbete samt avlastning från emotionell stress. Det hade varit intressant att forska mer kring hur behandlarna uppfattar organiseringen av IKBT; med behandlare med IKBT-kompetens på de flesta enheter, eller samlade på en specialistenhet.

Teknologirelaterade faktorer (Kyrki et al., 2018) nämns få gånger av behandlarna i vår undersökning, förutom att de återigen beskriver att även det tar tid, vilket tyder på att arbetet i SOB plattformen fungerar.

Flera forskare har beskrivit i sina studier att deltagarna hade funderingar kring ”rätt patient” (Aspvall et al., 2018; Weineland et al., 2020). Var patienten ”rätt” var det enkelt att arbeta med IKBT, var patienten ”fel” tog det mycket tid från behandlarna. Även behandlarna som svarade på vår enkät funderade kring detta, men istället för ”rätt patient” undrade de kring ”rätt program”. Nilsson och Tallberg (2019) kom fram till att ”Ångesthjälpen ung” passade bäst för patienterna på Första linjen. Vad gällde specialistpsykiatrins patienter borde behandlarna vara mer restriktiva. Svårighetsgraden som kan hanteras i programmet var enligt företaget Psykologpartners W&W mild till måttlig ångestproblematik. Enligt riktlinjerna för ansvarsfördelning mellan BUP Skånes Första linjen och specialistpsykiatri 2020 ska Första linjen behandla barn och ungdomar med lindriga till medelsvåra ångestsyndrom och specialistpsykiatri ska behandla ångestsyndrom som innebär stort lidande och eller tydlig påverkan på funktionsnivå. Resultatet i vår studie tyder på att ”Ångesthjälpen ung” inte passar inom specialistpsykiatri. De flesta behandlare på Första linjen ansåg att programmet kunde erbjudas till de flesta patienter i deras verksamhet, medan de flesta behandlare på specialistpsykiatri ansåg att programmet endast skulle erbjudas till patienter med lätta problem vilka inte är så vanliga inom specialistvården. Detta är troligtvis en förklaring till att flera behandlare uttryckte behovet av att kunna anpassa programmet, ha valbara moduler och en önskan att kunna jobba med en mer ”blended-behandling” och att 2/3 delar av behandlarna på specialistpsykiatri inte uppfyllde kraven på en eventuell diplomering. Behandlarna beskrev i sina svar i enkäten hur de hade försökt att arbeta med programmet, men att patienterna inte genomförde programmet. I mars 2021 blev omkring 60 behandlare på BUP Skåne utbildade i Barninternetprojekt (BIP) programmet. BIP passar kanske bättre till specialistpsykiatrins patienter eftersom det är en längre insats med 12 moduler. Forskning kring BIP pågår på BUP Stockholm, i samarbete med Region Stockholm och Karolinska Institutet (Barn- och ungdomspsykiatri Region Stockholm, u.a). Just nu arbetas det för att metoden skall implementeras på specialistpsykiatri och Första linjen.

Kurki et al. (2018) beskrev att en av punkterna för en framgångsrik implementering av IKBT var behandlarnas attityd; var behandlarna positiva förbättrades implementeringen, men även arbetet med patienterna. Resultatet i vår enkät tyder på att det finns en positivism hos

behandlarna inför arbetet med IKBT (eller liknande), bara tre behandlare ansåg att det inte var givande. Det förefaller finnas goda förutsättningar, med andra ord hopp, för arbetet med IKBT på BUP Skåne. Det finns en grupp behandlare som vill fortsätta med arbetet.

Slutsatser och nya forskningsfrågor

Slutsatserna som vi drar utifrån vår föräldraenkät skall ses som en fingervisning, eftersom underlaget var så litet och inga generaliseringar går att göra. Svaren på vår behandlarenkät kan ses som mer representativa, 41 av 44 besvarade frågorna vilket ger ett bättre underlag att dra slutsatser från.

Forskningsunderlaget för IKBT för barn och ungdomar är spretigt och litet. Mer forskning kring detta behövs för att stärka evidensen.

Forskningsunderlaget kring föräldrarnas roll vid behandling av barn och ungdomar är litet och resultatet är tvetydligt. Fortsatt forskning kring detta behövs.

Studien ger underlag för att fortsätta dela ut föräldramoduler till föräldrarna i psykoedukativt syfte, men fortsatt forskning kring föräldramodulernas innehåll och funktion behövs. Det verkar också viktigt att behandlarna inte utgår ifrån att föräldramodulerna i sig ger allt stöd som föräldrarna behöver.

Att implementera nya metoder i en stor organisation som BUP Skåne kräver ett gediget arbete och är en process som måste fortgå.

Programmet ”Ångesthjälpen ung” passade patienterna på Första linjen bäst.

En stor del av behandlarna upplevde det som givande att arbeta med IKBT.

Fortsatt forskning kring olika IKBT-insatser på olika vårdnivåer skulle bidra med viktig kunskap.

Fortsatt utveckling kring hur arbetet med IKBT ska organiseras, en specialistenhet eller utspritt i organisationen, är betydelsefull.

Funderingar kring det fortsatta arbetet med IKBT

BUP Skåne kommer att behöva fortsätta arbetet med implementering av nya metoder i verksamheten. Samhället förändras, ungdomar förändras och rekommendationer kring verksamma metoder förändras. Det är viktigt att BUP Skåne fortsätter att utveckla sina metoder för att kunna ta hand om det ökade söktrycket.

BUP Skåne behöver undersöka var i processen de befinner sig i implementeringen av IKBT. Det är viktigt att undersöka vilka IKBT-program verksamheten ska prioritera och vem som skall arbeta med vad. Cheferna har en betydelsefull roll i att stötta arbetet med IKBT och

dess behandlare på ett tydligt och bra sätt. De behöver hitta strukturer för att förbättra arbetet med IKBT.

BUP Skåne behöver fundera om de skall satsa på att utbilda många behandlare, eller några färre som tydligt visar en motivation till detta arbete. Vidare kan det vara viktigt att se över ifall dessa behandlare ska sitta på olika mottagningar, eller om BUP Skåne ska starta en egen enhet för arbetet med IKBT.

BUP Skåne står inför ett stort förändringsarbete med standardiserade vårdprocesser och med flera nya metoder som behöver implementeras. Det är viktigt att väcka behandlarnas nyfikenhet för dessa förändringar.

Till IKBT finns just nu 19 erfarna IKBT-behandlare redo att fortsätta arbetet.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. (5th ed).
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2012). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 38(4), 196–205.
- Aspvall, K., Andrén, P., Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., & Serlachius, E. (2018). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for young children with obsessive-compulsive disorder: *Development and initial evaluation of the BIP OCD Junior programme*. *BJPsych open*, 4(3), 106-112.
- Barn- och ungdomspsykiatri Region Stockholm. (u.a.) *Mottagningen för Barninternetprojektet, BIP*. Hämtat 3 maj. 2021, från <https://www.bup.se/om-oss/forskning-och-utveckling/barninternetprojektet/>
- Bjärehed, J., & Vernmark, K. (2013). *Internetbehandling med KBT: En praktisk handbok*. Natur och Kultur.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Bremberg, S., & Dalman, C. (2015) *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga*. Stockholm. Forte
- Bryman, A. (2007). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber.
- Carnes, A., Matthewson, M., & Boer, O. (2019). The contribution of parents in childhood anxiety treatment: A meta-analytic review. *Clinical Psychologist*, 23(3), 183-195.
- Christ, C., Schouten, M.J.E., Blankers, M., van Schaik, D.J.F., Beekman, A.T.F., Wisman, M. A., Stikkelbroek, Y.A.J., Dekker, & J.J.M. (2020). Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Adolescents and Young Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9).
- Denscombe, M. (2018). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur
- Ejlertson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Studentlitteratur.
- Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blasé, K.A., Friedman, R.M., & Wallace, F. (2005).

- Implementation Research: A synthesis of the Literature. Tampa, FL: University of South Florida, *Louis de la Parte Florida Mental Health institute*, 315-329.
- Friedberg, R.D., McClure, J.M. (2015). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents: The Nuts and Bolts*. The Guilford Press.
- Folkhälsomyndigheten (2015). *Implementering med kvalitet*.
- Hayes, L., & Chiarrochi, J. (2015). *The thriving adolescent: Using ACT and positive psychology to help teens manage emotions, achieve goals, and build connection*. Context Press, an imprint of New Harbinger.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2011). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford Press.
- Haine-Schlagel, R., & Escobar Walsh, N. (2015) A Review of Parent Participation Engagement in Child and Family Mental Health Treatment: Clinical Child and Family. *Psychology Review*, 18, 133–150.
- Harris, R. (2020). *ACT helt enkelt*. Natur och Kultur.
- Hedman, H., Carlbring, P., Ljótsson B., & Andersson G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling. Evidens, Indikation och praktiskt genomförande*. Natur och kultur.
- Hill, C., Creswell, C., Vigerland, S., Nauta, M. H., March, S., Donovan, C., Wolters, L., Spence, S. H., Martin, J. L., Wozney, L., McLellan, L., Kreuze, L., Gould, K., Jolstedt, M., Nord, M., Hudson, J. L., Utens, E., Ruwaard, J., Albers, C., Kendall, P. C. (2018). Navigating the development and dissemination of internet cognitive behavioral therapy (ICBT) for anxiety disorders in children and young people: A consensus statement with recommendations from the #iCBTLorentz Workshop Group. *Internet Interventions*, 12, 1–10.
- Hydman, A., & Lagerholm, L. (2019). *Första linjen för barn och unga: Psykologisk behandling på primärvårdsnivå*. Studentlitteratur.
- Ivanova E, Lindner P, Ly HK, Dahlin M, Vernmark K, Andersson G, Carlbring P. (2016) Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 44, 27-35.
- Jarbin, H., Unenge Hallerbäck, M. (2018) *Riktlinje ångest- & tvångssyndrom*.
- Kreuze, L. J., Pijnenborg, G. H. M., de Jonge, Y. B., & Nauta, M. H. (2018). Cognitive-

- behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A meta-analysis of secondary outcomes. *Journal of anxiety disorders*, 60, 43–57.
- Kvale, S. (1995). The social construction of validity. *Qualitative Inquiry*, 1(1), 19.
- Kurki, M., Anttila, M., Koivunen, M., Marttunen, M., & Välimäki, M. (2018) Nurses' experiences of the use of an Internet-based support system for adolescents with depressive disorders. *Informatics for Health & Social Care*, 43(3), 234-247.
- Kåver, A. (2016). *KBT i utveckling*. Natur och Kultur.
- Körner, S., & Wahlgren, L. (2012). *Praktisk statistik*. Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: Att låta en värld öppna sig*. Liber.
- Lenhard, F., Vigerland, S., Engberg, H., Hallberg, A., Thermaenius, H., & Serlachius, E. (2016). “On My Own, but Not Alone” - Adolescents' Experiences of Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *PLoS One*, 11(10).
- 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.
- Lundqvist, S. (2011). *Grunder i barn- och ungdomspsykiatriskt arbete. Om värderingar, möten, förhållningssätt och bedömningar*. BUP rapport 2011/1. Stockholms läns landsting.
- Meyers, D.C., Durlak, J.A., & Wandersman, A. (2012). The quality implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*, 50, 462-480.
- Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 50(9), 741–749.
- Nilsson, A. & Tallberg, P. (2019) *Projektrapport IKBT vid BUP Skåne*. Region Skåne
- Richards, D. & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 329-342.

- Rosengren, A. (2019). *KBT ur ett barnperspektiv: Förhållningssätt och anpassningar i psykiatriskt arbete*. Natur och Kultur.
- Rozental, A, Forsström, D, Tangen, J.A., & Carlbring, P. (2015). Experiences of undergoing Internet-based cognitive behavior therapy for procrastination: A qualitative study. *Internet Interventions*, 2(3), 314-322.
- Sánchez-Ortiz, V.C., House, J., Munro, C., Treasure, J., Startup, H., Williams, C., Schmidt, U. (2011). "A computer isn't gonna judge you": a qualitative study of users' views of an internet-based cognitive behavioural guided self-care treatment package for bulimia nervosa and related disorders. *Eating & Weight Disorders*, 16(2), e93–e101.
- Sigurvinsdóttir, A. L., Jensínudóttir, K. B., Baldvinsdóttir, K. D., Smáráson, O., & Skarphedinsson, G. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 168–180.
- Stallard, P. (2009). *Anxiety. Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People*. Routledge.
- Steiner, K., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.
- Stjerneklar, S., Hougaard, E., Thastum, M., & McLellan, L. F. (2019) A randomized controlled trial examining the efficacy of an internet-based cognitive behavioral therapy program for adolescents with anxiety disorders. *PLoS ONE*, 14(9).
- Svirsky, L. (2016) *KBT. Att tillämpa metoden med barn och ungdomar*. Books on Demand.
- Svirsky, L. (2017) Specifik fobi. I Öst, L.G. (Red) *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri* (ss. 29–43). Natur och Kultur.
- Svirsky, L. & Thulin, U. (2017) Att arbeta med barn och ungdomar i kognitiv beteendeterapi. I Öst, L.G. (Red) *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri* (ss.13–17). Natur och kultur.
- Socialstyrelsen (2012) *Om implementering*.
- Socialstyrelsen (2017) *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*.
- Socialstyrelsen (2020) *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: Stöd för styrning och ledning*.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E., & Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 890–899.

- Titov, N., Dear, B., Nielsen, O., Staples, L., Hadjistavropoulos, H., Nugent, M., Adlam, K., Nordgreen, T., Hogstad Bruvik, K., Hovland, A., Repål, A., Mathiasen, K., Kraepelien, M., Blom, K., Svanborg, C., Lindefors, N., & Kaldo, V. (2018). ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries. *Internet Interventions, 13*, 108–115.
- Travis, L. (2010). One of Many Free Survey Tools: Google Docs. *Journal of Electronic Resources in Medical Libraries, 7*(2), 105–114.
- Wahlgren, L. (2013). *SPSS steg för steg*. Studentlitteratur.
- Walczak, M., Esbjörn, B. H., Breinholst, S., & Reinholdt-Dunne, M. L. (n.d.). Parental Involvement in Cognitive Behavior Therapy for Children with Anxiety Disorders: 3-Year Follow-Up. *Child Psychiatry and Human Development, 48*(3), 444–454.
- Wei, C., & Kendall, P. (2014). Parental Involvement: Contribution to Childhood Anxiety and Its Treatment. *Clinical Child & Family Psychology Review, 17*(4), 319–339.
- Weineland, S., Ribbegårdh, R., Kivi, M., Bygdell, A., Larsson, A., Vernmark, K., & Lilja, J.L. (2020). Transitioning from face-to-face treatment to ICBT for youths in primary care – therapists' attitudes and experiences. *Internet Interventions, 22*(100356).
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. McGraw-Hill Higher Education.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*.

Bilaga 1. Föräldrar och Ångesthjälpen Ung

Du/ni som svarar är barnets (flera kryss om ni är flera som svarar)

Mamma

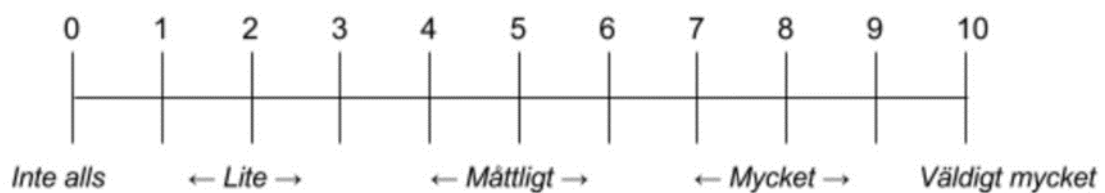
Pappa

Bonus mamma

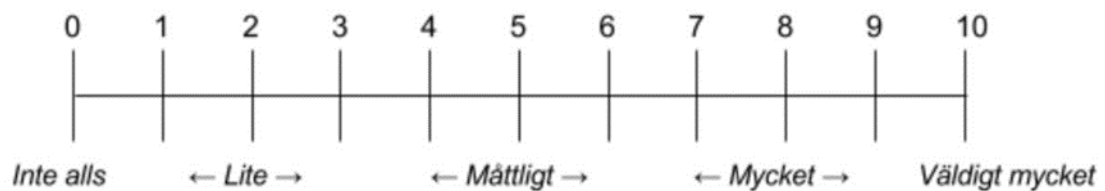
Bonus pappa

Annan viktig person

1. I vilken grad har du kännedom om innehållet i "Ångesthjälpen Ung"?



2. I vilken grad uppfattar du att ditt barns mående har förbättrats under tiden hen har arbetat med "Ångesthjälpen Ung"?



3. Om du uppfattar att ditt barns mående har förbättrats under arbetet med programmet, vad ser du för skillnad?

4. Vilka verktyg använder sig ditt barn av?

8. Om du anser att du/ni har fått stöd, har du/ni fått det av

Programmet "Ångesthjälpen Ung"

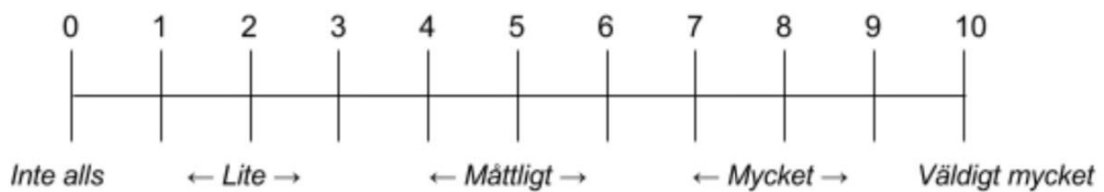
Behandlaren BUP

Båda

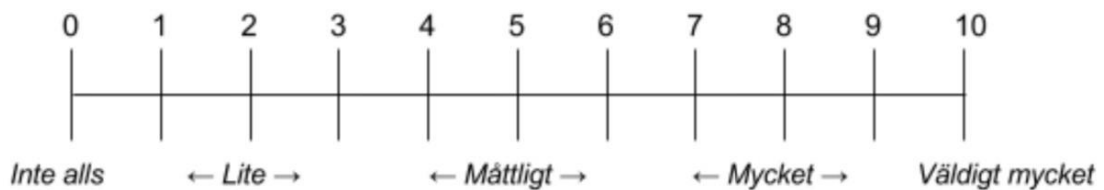
9. Något mer du vill tillägga?

Funktionsnivå

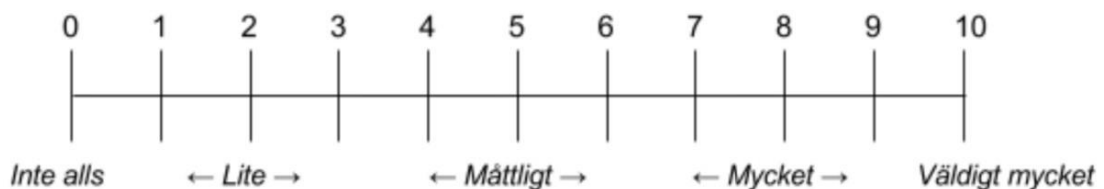
I vilken grad anser du att ditt barns sätt att fungera i **skolan** har förbättrats under behandlingen



I vilken grad anser du att ditt barns sätt att fungera i sitt **sociala liv** har förbättrats under behandlingen



I vilken grad anser du att ditt barns sätt att fungera i **familjelivet/barnets uppgifter hemma** har förbättrats under behandlingen



Tack för hjälpen!

Bilaga 2. IKBT, Ångesthjälpen Ung, frågor till behandlare

Kryssa för det svar som stämmer för dig:

1. Var arbetar du?

- A: BUP-Specialist
- B: BUP Första Linjen
- C: BUP Mellanvården

2. Har du en utbildning i KBT (steg 1 eller i din psykologutbildning)?

- A: Ja
- B: Nej

3. När gick du IKBT-utbildning "Ångesthjälpen Ung"?

- A: Utbildning 1, 2017, som var på Riggaregatan
- B: Utbildning 2, 2019, som var "live" på Medeon i Malmö
- C: Utbildning 3, 2020, som var på Teams

4. Har du sedan utbildningen haft

- *Minst 3 patienter igång i programmet som*
- *Har genomfört minst 6 moduler och*
- *Du har haft ett avslutningssamtal*

- A: JA (på alla 3 kriterier) **Om inte så är svaret nej**
- B: NEJ

5. Hur många IKBT patienter har du haft igång de senaste två månaderna?

- A: Jag har inte jobbat med programmet alls
- B: Mellan 1–3 patienter
- C: Mellan 4–6 patienter
- D: Mellan 7–10 patienter
- E: Fler än 11 patienter.

6. Har antal IKBT patienter förändrats i antal under de senaste två månaderna?

- A: Fler
- B: Färre
- C: Samma
- D: Jobbar inte med programmet just nu.

7. Har du deltagit i metodhandledning som erbjudits?

- A: Ja
- B: Nej

8. Vad skulle underlätta ditt arbete med IKBT?

Flera kryss möjligt

- En workshop med kollegor med specialistkunskap
- Inbokade tider för att jobba med Ångesthjälpen ung
- Hjälp/rutiner i att rekrytera patienter
- Stöd i att journalföra
- Stöd i kommunikation med patienter
- Stöd i kommunikation med föräldrar
- Stöd i kommunikation mellan yrkesgrupper/mina kollegor
- Ytterligare handledning än den nuvarande via Teams
- Ledningens stöd och uppmuntran
- Annat _____

9. Anser du att det är viktigt att kunna erbjuda IKBT till patienterna i din verksamhet?

- A: Inte särskilt viktigt
- B: Ganska viktigt
- C: Mycket viktigt

10. Vilka patienter anser du att Ångesthjälpen ung kan erbjudas i din verksamhet?

- A: Endast till få patienter med lätta problem
- B: Till flertalet patienter med lätta till medelsvåra problem
- C: Till de flesta patienter i verksamheten

11. Hur mycket tid uppskattar du att du lägger på varje IKBT patienter varje vecka, utöver bedömnings- och avslutningssamtal?

12. Om du gör fler arbetsuppgifter under den tiden, förutom att svara patienten i programmet och skriva journal, kan du beskriva vad det är du gör?

13. Upplever du det som givande att arbeta med IKBT?

A: Ja

B: Nej

C: Ingen åsikt

14. Har du tankar/idéer om hur ditt arbete med IKBT kan förbättras/underlättas?
