



Implementering av Family Check-up i Göteborg

en rapport om arbetet på Närhälsans
Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa

Patric Bengtsson
Julie S. Lundgren
Jenny Thunberg
Åsa Wallentin
Sara W. Östnäs

Närhälsan



Denna rapport redovisar det arbete som 2009–2017 bedrivits på Närhälsans **Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa** i syfte att nå det politiska uppdraget att utveckla, implementera och utvärdera evidensbaserade metoder för att förebygga och behandla barns psykiska hälsa. Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa är en enhet som startades specifikt för att denna satsning skulle kunna genomföras systematiskt och med god kvalitet.

Arbetet har huvudsakligen varit inriktat på att utveckla, beforska och implementera familjestödsmodellen Family Check-up i Göteborg. Rapporten beskriver arbetet från uppstartsfasen (med val av Family Check-up som modell), genom en omfattande randomiserad och kontrollerad långtidsforskningsstudie i Göteborg och fram till nuvarande läge där kunskaper och erfarenheter har sammanställts i en svensk anpassad Family Check-up-produkt. Family Check-up passar verksamheter som söker en evidensbaserad modell för familjer i behov av att förebygga eller behandla psykisk ohälsa.

Under arbetet med modellen har Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa utvecklat erfarenheter och samlat kunskap om implementering som varit betydelsefull för att målen för satsningen kunnat nås. Kunskaperna har också öppnat möjligheter för ett utökat uppdrag kring implementering av evidensbaserade modeller som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn.

TACK!

Vi skulle vilja tacka några personer som genom visioner, kunskap och uthållighet har bidragit till att vi kunnat möjliggöra vårt uppdrag:

Tack till **Christina Kadesjö** och **Marianne Grufman** som var chefer för och visionärer bakom etableringen av Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa.

Stor tack till professor **Ata Ghaderi** och **Pia Enebrink** i forskningsledningen på Karolinska Institutet som så generöst delat med sig av sina kunskaper kring forskning, implementering och föräldrastöd under åren samt till **Annika Björnsdotter**, doktorand i projektet, som också varit ett stöd för oss.

Tack även till professor **Thomas Dishion**, ASU REACH Institute, och hans kollegor i USA för värdefullt och inspirerande samarbete.

Inte minst vill vi tacka de **familjebehandlare** som möjliggjort forskningen och utvecklingsarbetet samt deras arbetsplatser och chefer i Göteborgs stad. Behandlare och chefer har tagit sig an både möjliga och omöjliga uppgifter, och stått ut med det strul som en nystartad verksamhet och ett forskningsprojekt av den här storleken ofrånkomligen drabbas av. Många har fortsatt samarbeta med oss, vilket vi är mycket tacksamma för!



Innehåll

Bakgrund.....	3
Family Check-up-modellen	4
Family Check-up i praktiken	5
Implementeringen i Göteborg	8
Metodanpassning.....	8
Utbildning och handledning	9
Effektivitetsstudie	10
Implementeringsutfall	14
Lärdomar 2009–2017	18
Framtiden	19
Referenser	21



Bakgrund

2003 tillsatte regeringen en psykiatrisamordnare som fick i uppdrag att göra en genomlysning av situationen för psykisk hälsa samt föreslå olika åtgärder för att förbättra vården (SR, 2003). Utredningen, som var färdig 2006, visade att det fanns ett stort behov av att utveckla effektiva metoder för att ge insatser som når barn och unga som riskerar att utveckla psykisk ohälsa samt barn och unga som redan har psykisk ohälsa men som inte nås av samhällets resurser. Regeringen tilldelade då kommuner och landsting extra ekonomiska anslag, så kallade psykiatrimedel, och en del av pengarna gick till olika utvecklingsprojekt för att stimulera första linjens insats till barn och unga.

2008 publicerade Statens offentliga utredningar (SOU) sin rapport *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren* (SOU, 2008). I den konstateras det att kunskapsbasen för insatserna inom socialtjänsten är outvecklad och att ”det långsiktiga målet ska vara att utveckla en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten”.



En växande kunskapsbas, både nationellt och internationellt, om barns och ungdomars psykiska hälsa gav upphov till etableringen av **Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa** och dess uppdrag att implementera Family Check-up i Sverige.

Statens beredning för medicinsk och social utveckling (SBU) publicerade i sin rapport *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn* (SBU, 2010) ett underlag till program som kunde vara lämpliga för utveckling och användning i Sverige i syfte att förebygga psykisk ohälsa hos barn utifrån: **1)** evidens för metodens effekter, **2)** kostnader för implementering, **3)** relevans eller tillämplighet och **4)** etiska överväganden gällande metodens teoretiska och praktiska moment. Av 33 bedömda standardiserade insatser var Family Check-up ett av bara tre föräldrastödsprogram som bedömdes vara adekvat utifrån kriterierna. I Sverige användes vid denna tid ett hundratal olika program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – som ofta visar sig i utagerande beteende – men inget av dem hade genomgått en svensk utvärdering i form av randomiserade studier med minst sex månaders uppföljning. SBU menade i rapporten att det behövs randomiserade studier som undersöker om programmen har effekt i en svensk population och inte medför risker, samt att det kan behövas anpassningar till en svensk kontext. SBU, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut var överens om att det krävdes mer kunskap om program som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn.

Den växande uppmärksamheten på behovet av evidensbaserade metoder för att förebygga barns psykiska ohälsa i Sverige speglade det vetenskapliga läget internationellt vid den tiden. 2010 publicerades en översikt över

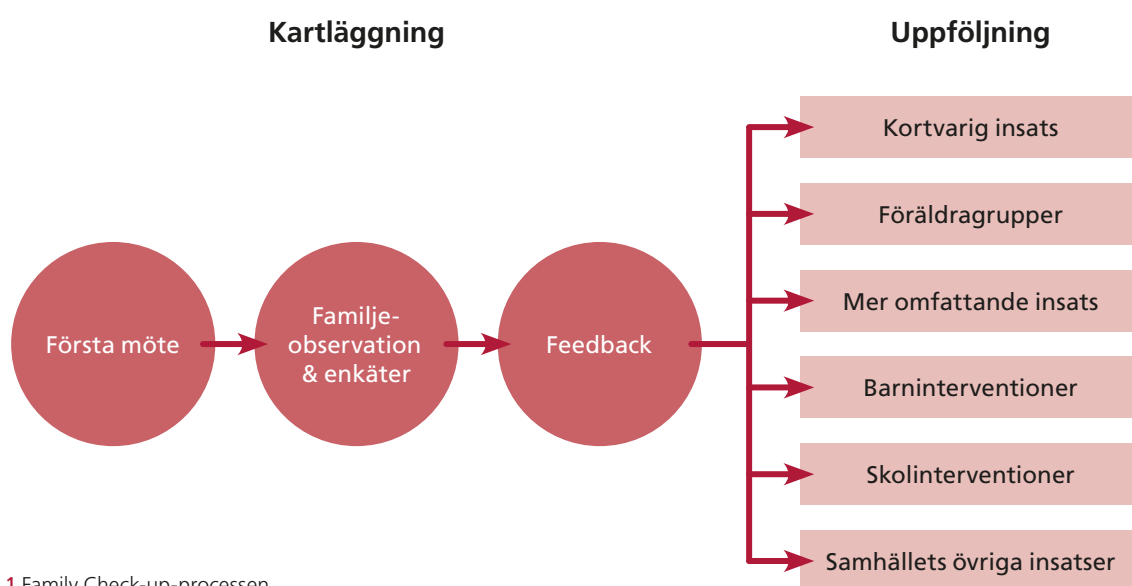
evidensbaserade insatser för barn och unga, innehållande bland annat Oregon-modellen av Parent Management Training (PMT-O) och andra föräldrastödsmodeller utvecklade på Oregon Social Learning Center i USA (Weisz & Kazdin, 2010). Det var känt redan vid uppstarten av Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa att det fanns evidens för föräldrastödsprogram, men det fanns betydligt mindre kunskap om hur man tar en metod från laboratorium till klinisk verklighet med samma kvalitet och effekt som visats i kontrollerade studier. Att implementeringsvetenskap var ett relativt ungt forskningsfält ser man exempelvis genom att den vetenskapliga tidskriften *Implementation Science* utgavs först 2006. Innan dess hade dock Oregon-modeller implementerats med framgång i USA och Norge (Ogden et al., 2012; Forgatch et al., 2013). Grundarna av Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa tog inspiration av dessa satsningar för att, genom användning av Family Check-up-modellen, kunna skapa en plattform för framtagande av evidens och för att pröva en bredare implementering av effektiva metoder för barns och ungas psykiska hälsa. Efter tilldelning av psykiatrimedel 2009 beslutade Barn- och ungdomsmedicin i Göteborg tillsammans med politikerna att satsa på forskning och implementering av föräldrastödsmodellen Family Check-up med Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa som plattform.



Family Check-up-modellen

Family Check-up-modellen skapades av professor Thomas Dishion med kollegor utifrån årtionden av forskning om föräldraskap, utvecklingspsykologi och interventionsvetenskap. En sammanfattning av traditionen bakom modellen samt studier av dess effekter kan man läsa i artikeln *The Oregon Model of Behavior Family Therapy: From Intervention Design to Promoting Large-Scale System Change* (Dishion et al., 2016). Family Check-up är listad som ett evidensbaserat program hos ett flertal nyckelorgan i USA, såsom Blueprints for Healthy Development, SAMHSA:s National Registry of Evidence-based Programs and Practices, Administration for Children and Families och National Institute of Justice.

Family Check-up är en empirisk, kartläggningsgrundad och familjecentrerad intervention (Dishion & Stormshak, 2007) som kan tillämpas både i generella verksamheter såsom skola och barnavårdscentral och i specialiserade såsom barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst (se t ex Stormshak et al., 2016; Smith & Polaha, 2017). Som en andra generations PMT-O-modell har Family Check-up det sociala samspelet i familjers vardag som utgångspunkt. Modellen fokuserar på den enskilda familjens styrkor och svårigheter, vilka påverkar barnets framtida psykiska hälsa, och är hälsovidmakthållande tack vare möjligheten till årliga kartläggningar med syfte att erbjuda rätt insats i god tid. Åtgärderna efter Family Check-up spänner från mycket korta och avgränsade insatser av universell karaktär till intensiva och återkommande specifika interventioner.



Figur 1 Family Check-up-processen.

Family Check-up i praktiken

Kartläggning

Basen för Family Check-up är en familjekartläggning i tre steg som vanligtvis genomförs under 2–3 möten enligt bilden ovan. I det första steget hålls en kort intervju för att utforska föräldrarnas oro eller bekymmer liksom deras personliga motivation att förändra situationen. Mötet lägger också grunden för framtida kontakter. I det andra steget görs datainsamlingen, dels genom standardiserade enkäter om risk- och skyddsfaktorer som ges till föräldrar, barn och lärare, dels genom videoinspelning av korta sekvenser där förälder och barn samverkar kring uppgifter för att belysa risker och styrkor i familjerelationerna. Family Check-up är alltså en bred men samtidigt komprimerad familjekartläggning med information från flera källor och flera områden i barnets liv.

Det tredje steget kallas för feedbacksessionen och består av en dialog med föräldern. Mötet föregås av att behandlaren gör en sammanställning av kartläggningsresultatet samt identifierar potentiella utvecklings-

BARN- OCH FAMILJEPROFIL

PÅVERKANSFAKTORER PÅ FAMILJEN

Familjestress	
Förälders välmående & känslohantering	
Partnerstöd	
Socialt stöd	
Alkohol & droger	
Övrigt:	

Styrkeområde Behovsområde



BARNETS ANPASSNING

Beteende	
Känslomässig påverkan	
Fungerande i för-/skolan	
Social anpassning	
Hälsa	
Övrigt:	

Styrkeområde Behovsområde



FÖRÄLDRASTRATEGIER & RELATION

Familjerelationer	
Positiva föräldrastrategier	
Tillsyn/insyn	
Gränssättning	
Övrigt:	

Styrkeområde Behovsområde



Figur 2 Barn- och familjeprofil till feedbacksessionen.

områden och möjliga insatser. Arbetssättet vid feedbacksessionen är starkt influerat av Miller och Rollnicks (2002) forskning om motivationsarbete i förändringsprocesser och fokuserar särskilt på familjerelationer och styrkor i föräldraskapet. En barn- och familjeprofil ger en visuell sammanfattning av kartläggningsresultatet och används som underlag till samtalet om förändring.

Intervention efter kartläggning

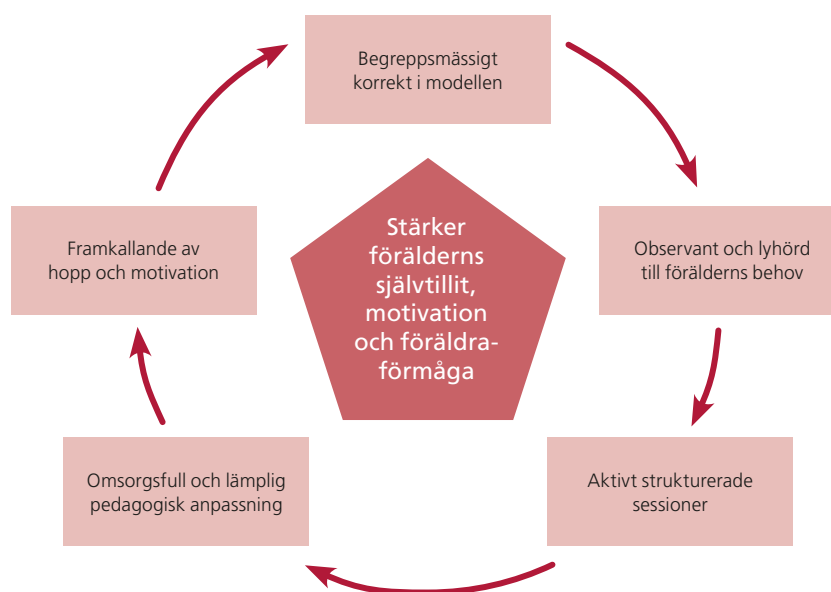
I feedbacksessionen väljer familjen insatser som passar deras behov, motivation och målsättningar ifrån en meny. För föräldrar som väljer att jobba med föräldraskap och föräldrastrategier finns det i Family Check-up-modellen en manual: *Föräldraskap i vardagen: en guide för yrkesutövare i att lära ut föräldrafärdigheter* (Dishion et al., 2012). Manualen består av 12 olika träningsmoment huvudsakligen baserade på Oregon-modellen av Parent Management Training (PMT-O), vilken grundar sig i social inlärningsteori och har en robust vetenskaplig förankring (se Dishion et al., 2016), och föräldrarna väljer tillsammans med sin behandlare ut vilket eller vilka av dem som är relevanta för de mål som de vill uppnå. Family Check-up leder också till att föräldrar som identifierar andra behov i sin livssituation (till exempel rörande deras egen hälsa, problem i en parrelation eller arbetslöshet) kan hjälpas att komma i kontakt med rätt stöd, så att resurser för att arbeta med föräldraskapet frigörs.



Figur 3 Föräldraskap i vardagen.

Kvalitetssäkring

I Family Check-up-modellen finns ett kvalitetssäkringssystem som heter COACH (Dishion et al., 2014). Systemet har sin grund i forskning kring effektiva behandlarfärdigheter som korrelerar med positiv klinisk förändring för barn och föräldrar (Smith et al., 2013) och syftar till att, på en skala från 1 till 9, bedöma behandlaren kompetens inom fem olika områden: **1)** begreppsmässigt korrekt och metodtrohet, **2)** observant och lyhörd till föräldrarnas kontext och behov, **3)** strukturerar sessionen aktivt för optimal effekt, **4)** omsorgsfull och lämplig pedagogisk anpassning samt **5)** framkallande av hopp och motivation. Ett sjätte område som bedöms utöver behandlarkompetens är graden av klientengagemang i sessionen. Den behandlare som uppnått en viss färdighetsnivå blir Family Check-up-certifierad.



Figur 4 Kvalitetssäkring utifrån COACH.

Implementeringen i Göteborg

Metodanpassning

I samband med förberedelserna inför implementeringen och effektivitetsstudien i Göteborg översattes och normerades Family Check-up-modellens kartläggningsenkäter till föräldrar. Det fanns tre huvudsyften med fastställandet av normer:

1. **Anpassa modellen till en svensk kontext.** För att modellen ska vara kulturellt adekvat behöver mätvärden kunna tolkas utifrån normativa värden för svenska förhållanden. Bara då kan behandlare använda mätinstrument för att bedöma om en individs hälsa eller beteende ligger inom eller utanför normalpopulationens.
2. **Mäta resultat i effektivitetsstudien.** För att kunna mäta om deltagande i effektivitetsstudien innebar en klinisk förändring behövde man utgå ifrån hur den allmänna populationen besvarat frågorna.
3. **Skapa möjlighet att använda normerna i annan forskning och i kliniskt arbete.** Normerna som samlades in kan användas för annan forskning kring föräldrar med barn i åldrarna 2–17 år (se t ex Staberg, 2017).

Vill du använda normerna i din forskning eller i ditt kliniska arbete? Kontakta Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa så får du hjälp!

narhalsan.utvecklingscentrum@vgregion.se

031-346 06 15

Först utfördes en normeringsstudie av föräldrar till barn i åldersspannet 10–13 år (Björnsdotter, 2014; Björnsdotter et al., 2013; Enebrink et al., 2013). Senare utfördes tre normeringsstudier till, en för föräldrar till barn 2–5 år som finansierades av Statens folkhälsoinstitut (Ghaderi et al., 2014) och en för föräldrar till barn 6–9 respektive 14–17 år som finansierades av Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa. Således utvecklades ett kulturellt anpassat enkätmaterial relevant för föräldrar till barn 2–17 år. Samtliga normeringsprojekt utfördes i samarbete med professor Ata Ghaderi på Karolinska Institutet och det normerade materialet har sammanställts i beräkningsmallar som lagts in i ett datasystem för att underlätta uträkning av enkäterna.

Förutom enkäterna har allt annat Family Check-up-material (exempelvis manualer, arbetsblad, grundutbildningsmaterial och videospelade exempel på behandlarfärdigheter) inklusive COACH-manualen med tillhörande bedömningsformulär samt *Föräldraskap i vardagen*-manualen med dess stödmaterial (exempelvis broschyrer och inspelade videovinjetter som belyser föräldrastrategier) översatts och anpassats till svenska förhållanden.

När Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa etablerades 2009 fanns det god evidens för Family Check-up-modellens positiva effekter, men det saknades en färdig plan för implementering av modellen. Utveckling gällande bedömningar av handledar- och behandlarkompetens har därför pågått i nära samarbete med professor Thomas Dishion och hans



team på Arizona State University (ASU) **REACH Institute**, samt ytterligare forskarteam på Oregon Social Learning Center och University of Pittsburgh under hela rapporteringsperioden. Samarbetet mynnade ut i ett internationellt Family Check-up-nätverksmöte på ASU under våren 2014 där kvalitetssäkringssystemet COACH uppdaterades utifrån de samlade erfarenheterna från arbetet i USA och i Sverige (Dishion et al., 2014).

Under rapporteringsperioden har dessutom allt material utvärderats i nära samarbete med ett växande Family Check-up-behandlarnätverk, framför allt i Göteborgs kommun, med erfarenhet av hur väl modellen fungerar i en klinisk verklighet. Justeringar av enkäter har gjorts med syfte att dels korta ner den skriftliga uppgiften för familjerna, dels bättre spegla den svenska kulturella kontexten. Ett exempel på en sådan anpassning är att kartläggningsfrågor om gränssättningsstrategier som inte passar med svenska värderingar togs bort. Av samma anledning rekommenderas inte föräldraträningmoment som time-out i den svenska översättningen av *Föräldraskap i vardagen*.

Utbildning och handledning

Utbildning i Family Check-up för behandlare påbörjades hösten 2009, i samband med effektivitetsstudiens uppstart. Resursenheter i sex av Göteborgs tio stadsdelar bidrog med personal och under forskningsperioden arbetade sammanlagt 12 behandlare halvtid (50 procent av sin tjänst) med modellen.

Fyra introduktionsdagar genomfördes av professor Thomas Dishion och hans kollegor från Oregon Social Learning Center i samarbete med Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa. Behandlarna började sedan praktisera modellen på några familjer och erhöll under tiden handledning i grupp. Under denna period deltog de också i regelbundna seminarier på Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa, i syfte att diskutera principerna i modellen och dela med sig av erfarenheterna av att träffa familjer. Målgruppen var vid uppstartstiden föräldrar till barn 10–13 år.

Mellan 2011 och 2013 genomfördes ytterligare två utbildningar där professor Thomas Dishion bistod Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa. Då tillämpades modellen även på föräldrar till barn i förskoleåldern eftersom resursenheter i stadsdelarna bedömde att behovet av insatser för den åldersgruppen var stort.

Det nuvarande handledarteamet på Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa blev certifierade handledare 2014, efter regelbundna virtuella möten med Family Check-up-teamet på ASU REACH Institute då de tränades i att göra bedömningar utifrån COACH för att uppnå reliabilitet i bedömningen av kompetens hos utförare av Family Check-up och *Föräldraskap i vardagen*-sessioner. Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa har sedan dess själva hållit i utbildningarna och erbjuder numera verksamhetsanpassade utbildningar utifrån implementeringsplaner och behov i verksamheterna.



Effektivitetsstudie

Planering

Implementeringen av Family Check-up studerades med hjälp av en randomiserad, kontrollerad effektivitetsstudie finansierad av Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut. Forskargruppen bestod av forskningsledare Ata Ghaderi (professor vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet), Pia Enebrink (med.dr vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet), Christina Kadesjö (med.dr vid Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa, Närhälsan Göteborg) och Annika Björnsdotter (doktorand och leg psykolog vid Uppsala universitet). Gruppen beslutade att studien skulle omfatta föräldrar med barn i åldrarna 10–13 år, vilket överensstämde med tidigare amerikanska Family Check-up-studier. De huvudsakliga vetenskapliga källorna till studiens resultat är publikationer från Björnsdotter (2014) och Ghaderi et al. (2017).

Design

Family Check-up-studien i Göteborg skiljer sig på tre väsentliga sätt från tidigare studier av evidensbaserade föräldrastödsmetoder i Sverige vid den tiden: **1)** dess longitudinella design, **2)** dess utvärdering av metodernas effektivitet i en verklig servicekontext och **3)** dess jämförelse mellan två aktiva behandlingar istället för jämförelse med en passiv grupp satt på väntelista eller placebo.

Fram till studiens genomförande fanns inga svenska studier som följde barn under minst sex månader (SBU, 2010) och därför var det angeläget med en långsiktig uppföljning på minst tre år efter intervention.

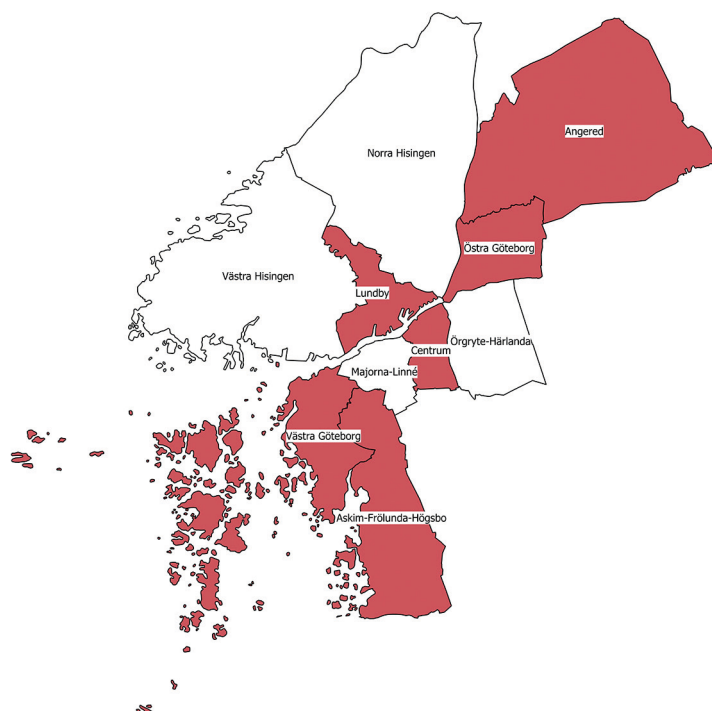
Forskargruppen valde att göra en så kallad effektivitetsstudie (effectiveness study) till skillnad från den sedvanliga effektstudien (efficacy study). Trots att tidigare forskning kring föräldrastödsmetoder baserade på PMT-O hade visat goda effekter rådde det brist på evidens för metodernas ekologiska validitet, det vill säga på vilken effekt de har i en verklig klinisk miljö med behandlare som levererar metoden i sin ordinarie tjänst. Med denna design möjliggjordes studier av implementeringsutfall tillsammans med studien av metodens effekt.

I studien fanns ingen kontrollgrupp. Jämförelsen gjordes istället mellan två aktiva behandlingar, vars metoder kommer från samma teoretiska och vetenskapliga tradition samt hade en befintlig evidensbas. Den metod som Family Check-up jämfördes med heter iKomet (Enebrink et al., 2012) och är ett internetbaserat PMT-program utvecklat i Sverige i en satsning på att öka tillgängligheten av evidensbaserade interventioner för barn med utagerande beteendeproblem. Metoderna skiljer sig framför allt utifrån hur de levereras, och då blir frågan om i vilken utsträckning respektive metod lyckas nå ut till och engagera familjer med barn i risk för psykisk ohälsa minst lika intressant som huruvida metoderna har effekt på barns beteende.

Rekrytering av deltagare

Information om deltagande i studien skickades till 13 000 föräldrar med barn i åldern 10–13 år boende i de deltagande stadsdelarna i Göteborg. Stadsdelarna hade en mix av låg, medelhög och hög socioekonomisk status. För ökad generaliserbarhet av studien och integration av minoriteter var informationsbrevet även översatt till de sex vanligast förekommande språken i de aktuella stadsdelarna. Vid behov anlätades också tolkar för att lämna information på andra språk än svenska. (Tolkar anlätades även under interventionerna i de fall familjerna inte kunde förstå, läsa eller skriva svenska.) Informationsbrevet bjöd in föräldrar som upplevde att deras barn visade återkommande tecken på utagerande beteende (till exempel skolk, snatteri, ofta förekommande konflikter med föräldrar/kompisar eller ofta förekommande protester mot krav) till deltagande i studien.

Rektorer, elevhälsoteam och pedagoger i de aktuella stadsdelarnas kommunala skolor fick också information om studien och den presenterades även under föräldramöten på dessa skolor.

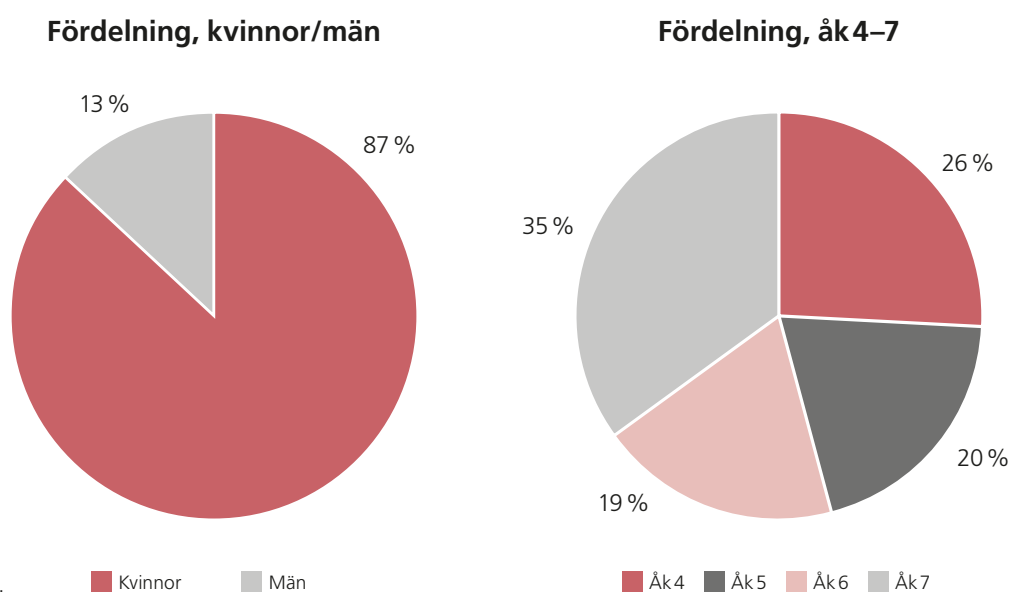


Figur 5 Göteborgs stadsdelar med studiens geografiska område markerat.

796 föräldrar anmälde intresse för att delta. De blev alla kontaktade av en forskningsassistent som gav dem mer information om studien, och om fortsatt intresse fanns genomfördes en telefonintervju. 519 föräldrar intervjuades varefter de som redan var inskrivna i en annan behandling för sitt barns svårigheter, inte kunde acceptera att slumpen avgjorde vilket av de två föräldrastöden de skulle få eller var i behov av annan behandling på grund av särskild komplex problematik (exempelvis autismspektrumstörningar) blev exkluderade.

Efter intervjun fick en förälder och barnets lärare besvara en screeningenkät om barnets styrkor och svårigheter (*Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ); Goodman, 2001). Föräldrar till barn som skattades tre poäng eller högre på SDQ-delskalan *Utagerande beteende* blev inkluderade i studien. Totalt inkluderades 231 föräldrar som började med att besvara en förmättningsenkät. Deras familjer blev sedan randomiserade till antingen Family Check-up (n = 122) eller iKomet (n = 109). Av dessa var det 106 som påbörjade Family Check-up och 67 som påbörjade iKomet.

Av 231 föräldrar var 202 mammor och 29 pappor. Cirka 46 % av de deltagande familjerna hade utländsk bakgrund. 60 av barnen gick i årskurs 4, 46 i årskurs 5, 44 i årskurs 6 och 81 i årskurs 7.



Figur 6 Fördelning av deltagande föräldrar och barn.

Datainsamling

I studien fanns tre olika typer av informatorer: föräldrar, barn och lärare. Av huvudsakligt intresse är föräldraskattningarna av effekterna på barnens beteende inom följande områden: uppförandeproblem, trotsproblem, uppmärksamhetsstörning, impulsivitet, emotionella problem, problem i kamratrelationer samt prosocialt beteende. De skattningsskalor som föräldrarna fyllde i var *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 2001) och *Disruptive Behavior Disorders Rating Scale* (DBD; Pelham et al., 1992). Uppföljningar skedde vid 10 veckor, 1 år och 2 år. En 3-årsuppföljning utfördes under hösten 2016 och analysen pågår nu vid

Karolinska Institutet. Utöver effekterna på barnens beteende studerande man även sekundära effekter såsom familjerelationskvalitet och föräldrars vetskap om barnens dagliga aktiviteter, två variabler som är centrala i alla PMT-baserade metoder. Man undersökte också föräldrarnas förmåga till emotionsreglering och dess samband med övriga faktorer (Björnsdotter, 2014; Ghaderi et al., 2017).

Barnen fyllde i barnenkäten inom Family Check-up, vilken består av självskattningar inom olika områden: beteendeproblem, emotionell reglering, anpassning i skolan, social anpassning, drog- och alkoholanvändning, förälders tillsyn/insyn samt värme och konflikt i familjen. Lärarna svarade på lärarenkäten med en lärarversion av SDQ:n samt frågor om barnens anpassning i skolan. Generellt sett syntes få signifikanta effekter i barn- och lärarmätningarna, vilket innebär att effekterna som rapporteras bygger på svaren från föräldrarna.

Resultat

Båda interventionstyperna hade positiva effekter på barnens beteende och man ser minskningar i såväl utagerande beteende som problem med trots, uppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet. Förbättringarna kvarstod generellt sett vid 2-årsuppföljningen och många barn uppvisade ytterligare minskningar i beteendeproblem. Redan vid 10 veckor såg man också en signifikant förändring i flera av de sekundära variablerna såsom ökad värme i familjerelationerna och minskade familjekonflikter.

Resultaten visar även en högre grad av öppenhet i relationen mellan barn och föräldrar. Det syns genom en ökning av barns tendens att berätta för föräldrarna om sig själva och sina dagliga aktiviteter, vilket underlättar föräldrarnas tillsyn av barnen och insynen i deras liv. Barn till föräldrar som använder effektiva strategier för emotionsreglering var mer angelägna att berätta om sig själva jämfört med barn vars föräldrar använder mindre effektiva strategier för känslohantering (Björnsdotter, 2014). Föräldrarnas vetskap om barnens dagliga aktiviteter ökade under den långsiktiga uppföljningsperioden.

Således bekräftar resultaten att PMT-O-metoder som levereras i form av Family Check-up och iKomet har önskade effekter på beteendeproblem och familjerelationer. Samtidigt fanns några områden där Family Check-up var mer fördelaktig:

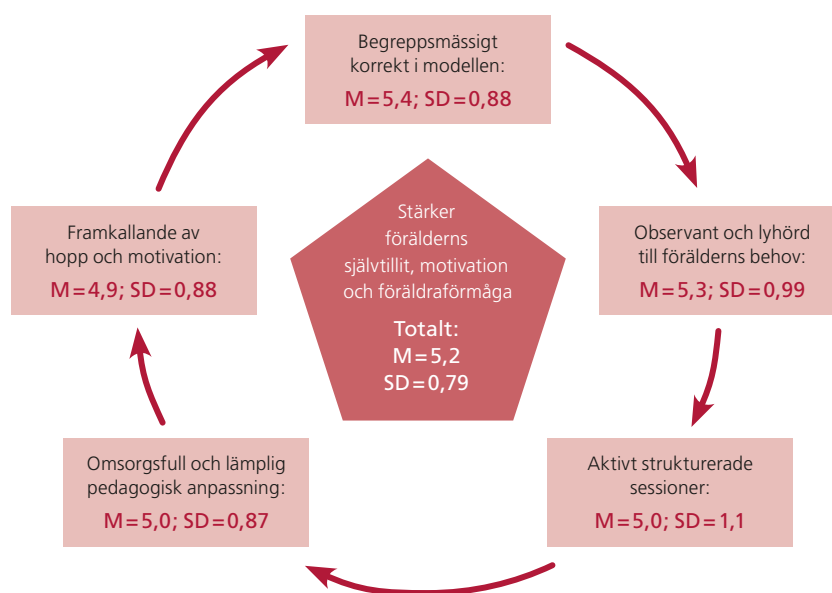
- Family Check-up visade sig vara fördelaktig vid minskning av barns trots- och utagerandeproblem och visade vid 10 veckor en tendens mot fördelaktighet vid minskning av ouppmärksamhet (Ghaderi et al., 2017).
- Family Check-up ledde till bättre effekt på barns beteendeproblem (SDQ totalpoäng) från 10 veckor till 2 år efter intervention (Ghaderi et al., 2017).
- I Family Check-up-gruppen gjorde fler barn kliniskt signifikanta förändringar från innan insats fram till 2-årsuppföljningen (Ghaderi et al., 2017).

- Family Check-up ledde till jämförelsevis starkare öknings i familjevärme för barn som utifrån symptomkombinationer tillhörde en högriskgrupp (Björnsdotter, 2014).
- Family Check-up-gruppen visade mindre internaliserande symptom under uppföljningsperioden, jämfört med iKomet-gruppen som visade en försämring i emotionella problem (Ghaderi et al., 2017).
- Family Check-up lyckades i signifikant större utsträckning engagera föräldrar. Av de 106 familjer som startade Family Check-up-interventionen var det 100 (94 %) som fullföljde. Majoriteten av Family Check-up-familjerna (78 %) valde att fortsätta med *Föräldraskap i vardagen*-sessioner efter Family Check-up-kartläggningen och samtliga av dem fullföljde minst en session (Björnsdotter, 2014).

Implementeringsutfall

Behandlarperspektivet

Bedömningar av slumpmässigt utvalda sessioner i effektivitetsstudien utifrån modellens kvalitetssäkringsverktyg COACH (där 1–3 betyder ”behov av att träna”, 4–6 betyder ”kompetent” och 7–9 betyder ”utmärkt”) visar att Family Check-up-modellen levererades med god kompetens (Ghaderi et al., 2017). Samtliga Family Check-up-behandlare som deltog i studien och som fortfarande arbetar utifrån modellen har blivit certifierade Family Check-up-behandlare.



Figur 7 Bedömningar av slumpmässigt utvalda sessioner i effektivitetsstudien utifrån modellens kvalitetssäkringsverktyg COACH.

Utöver en lyckad kvalitetssäkring av modellen utfördes kvalitativa undersökningar med första generationen Family Check-up-behandlare i Göteborg. I mars 2013 höll Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa ett dialogforum för att utforska hur behandlare och deras chefer upplevde att jobba med modellen inför fortsatt implementering i Göteborgs Stad. Citat från gruppen som svarade på frågan ”Vad har ni gjort för erfarenheter och lärdomar i arbetet med Family Check-up?” visar att modellen ansågs inte bara acceptabel utan också fördelaktig på många sätt.

Sagt av behandlare och deras chefer ...

”Att man får en **förändringsfokus** tillsammans med föräldrarna.”

”**Styrkebaserad metod** som stärker familjen.”

”Att metoden har **tydliga och positiva effekter** när det gäller relation och samspel i familjer.”

”Att barnen blir synliggjorda i flera sammanhang utifrån **metodens tydliga barnperspektiv**.”

”En tydlig **effektiv kartläggning**.”

”En metod som ger möjlighet att **anpassa och skräddarsy** interventioner till den enskilda familjens behov.”

”Att **mina medarbetare utvecklas genom metoden**, inspireras och handleds på ett genomgripande sätt. Detta kommer arbetsplatsen och de andra kollegorna till godo.”

”Föräldrarna är **NÖJDA!**”

2015 inledde Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa och Högskolan Väst ett samarbete för att genomföra en bredare undersökning av behandlarperspektivet vid implementering av Family Check-up. I samband med projektet har fokusgrupper hållits för att undersöka i vilken utsträckning Family Check-up bidrar till arbetsintegrerat lärande i socialt arbete (Ryding & Sorbring, 2017). De preliminära resultaten visar att behandlarna ser positivt på Family Check-up som modell, dess innehåll och det praktiska arbetet med den. Till grund för den bedömningen ligger bland annat behandlarnas värdesättande av modellens verk samma komponenter (såsom motiverande samtal, familjeobservation och kvalitetssäkrings-system) och att den anses vara en effektiv, strukturerad och konkret metod som bidrar positivt till deras yrkesroll och professionella utveckling. Preliminära resultat visar också att Family Check-up erbjuder flertalet möjligheter till reflektion, både enskilt och i grupp, vilket kan kopplas till arbetsintegrerat lärande samt ökad förmåga till integrering av evidens och erfarenhet i praktiken (Ryding & Sorbring, 2017), vilket i sin tur är en av kärnkomponenterna för evidensbaserad praktik (Socialstyrelsen, 2015).

I undersökningen blev det också tydligt att det finns vissa utmaningar i arbetet med Family Check-up. Ett exempel är tid. Deltagarna betonade vikten av tid för att uppnå kompetens och att brist på tid därför medför svårigheter exempelvis med att ta till sig av metodens omfattande material och göra det till "sitt eget". Brist på "Family Check-up-skyddad" tid i den egna verksamheten sades också kunna försvåra etablerande och upprätthållande av den metodspecifika kompetensen (Ryding & Sorbring, 2017).

Föräldraperspektivet

Som nämnts ovan visade föräldrar som randomiserats till Family Check-up en hög grad av engagemang. Det tyder på att de uppskattade att få stöd utifrån Family Check-up-modellen, vilket stämmer överens med behandlarnas kvalitativa upplevelse.

För att vidare utvärdera föräldranöjdhet som implementeringseffekt har Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa i samarbete med professor Ata Ghaderi på Karolinska Institutet genomfört en studie, med både kvantitativa och kvalitativa delar, av föräldrars upplevelser av att få evidensbaserat stöd i form av Family Check-up (Lundgren & Ghaderi, 2017). Den kvantitativa delen består av svar på en enkät om föräldranöjdhet (en översatt version av *Client Satisfaction Survey* (CSS); Nguyen et al., 1983) som skickades till studiedeltagarna i samband med 3-årsuppföljningen under hösten 2016. Enkäten bestod av nio frågor som skattades från 1 (tar starkt avstånd ifrån) till 5 (instämmer helt). En totalpoäng för föräldranöjdhet togs fram genom att medelvärdet av svaren på de nio frågorna beräknades. Tidigare studier har rapporterat en hög grad av nöjdhet med Family Check-up ($M = 4,29$; $SD = 0,87$; Smith et al., 2014) och resultatet i den här undersökningen ($n = 77$) visar liknande siffror ($M = 4,03$; $SD = 0,84$), vilka också anses indikera en hög grad av nöjdhet.

Inom ramen för den kvalitativa delen hölls fokusgruppsintervjuer med föräldrar som deltagit i forskningsstudien. Ett tema som framkom i analysen av intervjuerna är att föräldrar som deltagit i Family Check-up uppskattar kartläggningsdelen, då den uppmärksammat dem på såväl styrkor som problem samt gett dem hopp om förändring. Ett annat tema är betydelsen av att ha någon att prata med om sin situation och de ansträngningar man gör för att få det bättre, något de som fått iKomet-programmet saknat.



“... så det hjälpte till att sortera ut vad som är vad. Det finns ju ändå så här mycket som är bra, bygg vidare på det då! Man måste se alla aspekter. Det kändes bra **att förstå att det inte är nån lätt uppgift att vara förälder** och att man inte kan göra mer än så gott man kan.”

“Just att det var **specifikt anpassat för oss**, det tyckte jag var till väldigt stor hjälp. Att ta det från de förutsättningar och de goda relationer vi hade, och att vi kunde använda och bygga vidare på dem.”

“Och vi fick ett hopp nånstans, och det kändes väldigt bra ... för det finns ingen annan som har brytt sig så mycket om oss, utan det har bara varit fokus på att det är problem. Så det känns bra. **Helt plötsligt kände jag och mamman oss inte ensamma i det här föräldraskapet.**”

“Ibland kände jag att **jag fick lite bekräftelse** på att jag faktiskt var lite bra, eller att jag gjorde rätt eller så ...”

“Jag förstod att det var **en väldig skillnad bara på det första året**, eller bara på den första filmen där min dotter domderade och tog över ... och jag satt där som en rädd liten råtta. Hon tog över redan i elvaårsåldern och det är kanske lite tidigt. I den andra filmen såg jag att det var **mer av ett samspel**, det såg lite mer balanserat ut. Så det hade blivit bättre.”

Hälsoekonomiska aspekter

Statens folkhälsoinstitut (2013) har gjort en kostnadsanalys av föräldrastödsprogram som insats för barns utagerande beteende. Slutsatsen är att föräldrastöd är en relativt billigt insats som betalar sig redan efter ett år. För samhället är det en lönsam satsning då varje satsad krona ger i genomsnitt två kronor tillbaka. Vetenskapliga studier tyder även på att föräldrar som deltar i stödprogram också förbättrar sin egen hälsa, i synnerhet den psykiska. Exempelvis har Leijten et al. (2015) visat att mycket fattiga familjer med barn med höga grader av utagerande beteende (alltså en hög-riskgrupp) tack vare deltagande i Family Check-up blir mer benägna att ta del av andra stödinsatser i samhället, vilket ur ett jämlikt vårdperspektiv är ett alternativt sätt att uppskatta metodens påverkan på folkhälsan.

Studien av Family Check-up-implementationen i Göteborg rymmer ingen hälsoekonomisk analys, men andra studier har visat variation i utfall beroende på familjers riskprofil då familjer med lägre risk visat mindre långsiktiga fördelar av att ha deltagit i Family Check-up än familjer med mer allvarliga riskprofiler (Pelham et al., 2017). Ett framtida forskningsområde rörande hälsoekonomi inom Family Check-up bör guidas av ett resonemang kring en helhetsstrategi för att engagera familjer på olika risknivåer samt en modell för hur olika metoder kan förstärka och komplettera varandra (se tex Shepard et al., 2012) för optimal användning av verksamhetens resurser.

Lärdomar 2009–2017

Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa startade 2009 som ett tillfälligt forskningsprojekt. Sedan dess har denna innovativa politiska satsning resulterat i flera väsentliga framgångar i strävan efter att förbättra den psykiska hälsan hos barn. Bland framgångarna på organisatorisk/politisk nivå finns att enheten 2013 gick från att vara ett tillfälligt projekt till att bli en permanent verksamhet inom barnhälsovården, med fortsatt uppdrag från Hälso- och sjukvårdsnämnden i Göteborg. Uppdraget att utveckla och implementera Family Check-up har också breddats år 2017 till ett regionalt uppdrag inom hela Västra götalandregionen. Tidigare har Utvecklingscentrum också fått i uppdrag att implementera och utveckla den evidensbaserade **modellen PALS** som riktar sig till skolpersonal, för att främja elevernas psykiska hälsa och skolframgång. Utvecklingscentrum har även ett uppdrag att tillsammans med Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUM) i Göteborg, implementera ett familjecentrerat och teambaserat arbetssätt. Riktade metoder ska utvecklas för de prioriterade grupperna inom BUM, med fokus på socioekonomiskt utsatta geografiska områden.



www.narhalsan.se/om-narhalsan/for-vardgivare/utvecklingscentrum-for-barns-psykiska-halsa/skolmodellen-pals

På metodnivå har man åstadkommit en kulturellt anpassad modell, svensk evidens för Family Check-up samt ett team av Family Check-up-certifierade handledare och utbildare. I dag finns Family Check-up i åtta av tio stadsdelar i Göteborg och i flera kommuner i regionen, och fortsatt implementering pågår. Regelbundna utvärderingar visar att modellen är uppskattad och anses lämplig av såväl behandlare som föräldrar.

Digitala lösningar har varit en viktig del i utvecklingsarbetet. Flera nätbaserade verktyg finns nu på plats: **en hemsida**, en lärplattform för tillgång till utbildnings- och arbetsmaterial samt ett nätbaserat program för administration av digitala enkäter och utvärderingsverktyg med tidsbesparande beräkningsfunktion för att underlätta sammanställning av data.



www.narhalsan.se/om-narhalsan/for-vardgivare/utvecklingscentrum-for-barns-psykiska-halsa/family-check-up-fcu

Utöver metodkompetens i Family Check-up har Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa samlat på sig nödvändiga kunskaper i implementeringsvetenskap. De samlade erfarenheterna från arbetet med att stötta verksamheter som vill jobba evidensbaserat har tillsammans med litteratur om implementeringsvetenskap (Aarons et al., 2011; Fixsen et al., 2009) lett till en helhetssyn på implementering samt till en konkret och vetenskapligt grundad implementeringsplan för Family Check-up. Planen används numer vid varje ny förfrågan från verksamheter som önskar implementera modellen så att kvalitetssäkring blir möjlig.

Enligt Socialstyrelsen har intresset för evidensbaserad praktik stadigt ökat hos socialtjänstens chefer, men andelen som uppger att de använder evidensbaserade insatser har legat oförändrad på 20 procent sedan 2007 (Socialstyrelsen, 2015). Det betyder att det inte räcker med evidens, utan att **det krävs särskilda ansträngningar för att evidensbaserade metoder ska komma till nytta** i den kliniska verkligheten.

Inventering, information	Inventering, utforska	Installation	Implementering	Vidmakthållande
<p>Informera om modell och implementering (via broschyr/webb/möte):</p> <ul style="list-style-type: none"> • behandlare • chefer • politiker • familjer <p>Opinionsbildning, information från brukare om problem de har, samhällsdebatt etc.</p> <p>Följa upp infomöten</p>	<p>Utforska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • förändringsberedskap • verksamhetens mål • behov hos familjerna • organisatoriska förutsättningar <p>Lämna offert</p> <p>Upprätta avtal</p>	<p>Utforma styrmodell</p> <p>Hålla förberedande föreläsning för berörd personal</p> <p>Utse implementerings-team</p> <p>Anpassa modellen utifrån verksamhetens behov</p> <p>Erbjuda chefsstöd</p> <p>Ansluta till digitala system</p> <p>Utbilda</p>	<p>Hålla utbildningshandledning i grupp</p> <p>Hålla COACH-träning individuellt</p> <p>Certifiera behandlare</p> <p>Upprätta vidmakthållandeplan</p>	<p>Utvärdera vidmakthållandeplanen</p> <p>Skapa FCU-budget</p> <p>Omcertifiera behandlare</p> <p>Nätverka</p> <p>Certifiera verksamheten</p> <p>Utvärdera implementeringen</p>

Figur 8 Implementeringsplan.

Långtgående samverkan med socialtjänst och skolor inom flera av Göteborgs stadsdelar och kranskommuner liksom samarbete med forskare på ASU REACH Institute samt Karolinska Institutet har inneburit goda förutsättningar för Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa att uppfylla sitt uppdrag. Det lokala samarbetet har i förlängningen inneburit ett projekt med Västra Götalandsregionens FoU-råd i Göteborg och södra Bohuslän samt ett med Högskolan Väst. Under åren har Family Check-up-nätverket vidgats från Arizona State University till att omfatta samverkanspartners även i Oregon och Pennsylvania i USA samt i Kanada, Norge, Holland, Spanien och Estland.



www.narhalsan.se/om-narhalsan/for-vardgivare/utvecklingscentrum-for-barns-psykiska-halsa/family-check-up-fcu/konferens-building-bridges

2017 mynnade samarbetet ut i **den första internationella Family Check-up-konferensen**, vilken arrangerades av Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa och hölls i Göteborg. På konferensen delades kunskap, erfarenheter och praktiska verktyg för implementering av evidensbaserade metoder över organisatoriska och kulturella gränser.

En sammanfattning av arbetet med att anpassa Family Check-up-modellen till svenska förhållanden och implementera den i Göteborg kan man också läsa i *Facilitators and Barriers in Cross-Country Transport of Evidence-based Parenting Programs: A Case Study Using the Family Check-up* (Mauricio et al., 2017).

Framtiden

Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa har ett fortsatt uppdrag att sprida och implementera Family Check-up för att nå fler barn i behov av stöd. Kontinuerlig metodutveckling och utvärdering är nödvändigt då Family Check-up-modellen inte är statisk utan utvecklas genom ett kontinuerligt utbyte mellan metodutvecklare, praktiker och familjer. I fram-



tiden kommer också barns erfarenheter av att delta i Family Check-up att undersökas för att säkerställa att modellen används i enlighet med ett barnrättsperspektiv.

Family Check-up kan vidareutvecklas för specifika diagnosgrupper samt anpassas för olika verksamheter som möter barn och familjer i vardagen, såsom hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst. Ett exempelområde är barnfetma då studier visat att barn och ungdomar i familjer som deltagit i Family Check-up löper betydligt mindre risk att utveckla viktproblem (Van Ryzin & Nowicka, 2013; Smith et al., 2015). Varje ny tillämpning av modellen kräver uppföljning och utvärdering för att säkerställa en balans mellan anpassning och evidens så att nyckelkomponenter inte går förlorade. Samtidigt är anpassningar nödvändiga när nya modeller implementeras för att det inte ska uppstå onödig konkurrens om tid och engagemang med etablerade arbetssätt. Sådan konkurrens kan undergräva en implementering och försvåra modellens vidmakthållande. Family Check-up kan med fördel kombineras med befintliga modeller och arbetssätt i en verksamhet, då kartläggningen i modellen snarare stärker än konkurrerar ut dem.

Om vi i framtiden vill öka användandet av evidensbaserad praktik och kvalitetssäkrad vård som gynnar alla barn och unga krävs fortsatt stöd från myndigheter och politiker lokalt och nationellt samt kunskap om implementering. Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa har utifrån sitt uppdrag med Family Check-up samlat på sig kompetenser inom många områden såsom forskning, implementering och evidensbaserad praktik. Utifrån dessa erfarenheter vill vi föreslå ett nationellt samarbete kring implementering av evidensbaserade modeller som främjar barns- och ungas psykiska hälsa på olika områden. Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa i Göteborg är beredda att ta ansvar för och bidra till att ett sådant arbete påbörjas så att gemensamma erfarenheter, utvecklingskostnader och support kan delas och ett långsiktigt kvalitetsarbete kan stärkas.

Referenser

- Aarons, G. A., Hurlburt, M. & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4–23.
- Björnsdotter, A. (2014). *Evaluation of Family Check-up and iComet: Effectiveness as well as psychometrics and norms for parent rating scales* (doctoral dissertation). Hämtad från <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:758743/FULLTEXT01.pdf>.
- Björnsdotter, A., Enebrink, P. & Ghaderi, A. (2013). Psychometric properties of online administered parent strengths and difficulties questionnaire (SDQ), and normative data based on combined online and paper-and-pencil administration. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7:40. Hämtad från <http://www.capmh.com/content/7/1/40>.
- Dishion, T. J., Forgatch, M., Chamberlain, P. & Pelham, W. (2016). The Oregon model of behavior therapy: from intervention design to promoting large-scale system change. *Behavior Therapy*, 47(6), 812–837.
- Dishion, T. J., Smith, J. D., Knutson, N., Brauer, L., Thorton, N., Gill, A. & Risso, J. (2014). *Family Check-up: COACH Manual: Version 3.0* (unpublished manual).
- Dishion, T. J., Stormshak, E. & Kavanagh, K. (2012). *Everyday parenting: A professional's guide for building family management skills*. Champaign, IL: Research Press.
- Dishion, T. J. & Stormshak, E. A. (2007). *Intervening in children's lives: An ecological, family-centered approach to mental health care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Enebrink, P., Björnsdotter, A. & Ghaderi, A. (2013). The emotion regulation questionnaire: Psychometric properties and norms for Swedish parents of children aged 10–13 years. *Europe's Journal of Psychology*, 9(2), 1–15.
- Enebrink, P., Högström, J., Forster, M. & Ghaderi, A. (2012). Internet-based parent management training: A randomized controlled study. *Behavior Research and Therapy*, 50, 240–249.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F. & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531–540.
- Forgatch, M. S., Patterson G. R. & Gewirtz, A.H (2013). Looking forward: The promise of widespread implementation of parent training programs. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 682–694.
- Ghaderi, A., Kadesjö, C., Björnsdotter, A. & Enebrink, P (2017). Randomized effectiveness trial of parent training programs for families of children with conduct problems: Comparing the Family Check-up with the Internet-Delivered Communication Method (iComet) (manuscript submitted for publication).
- Ghaderi, A., Kadesjö, C., Kadesjö, B. & Enebrink, P. (2014). *Föräldrastödsprogrammet Glädje och Utmaningar*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/barn-unga/foraldrastod/skrifter/forskarrapport-angered-2014.pdf>.

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345.

Leijten, P., Shaw, D. S., Gardner, F., Wilson, M. N., Matthys, W. & Dishion, T. J. (2015). The Family Check-up and service use in high-risk families of young children: A prevention strategy with a bridge to community-based treatment. *Prevention Science*, 16(3), 397–406.

Lundgren, J. & Ghaderi, A. (2017). Swedish parents' reflections on facilitators of change in the Family Check-up and Internet-delivered Communication Method (iComet) programs (manuscript in preparation).

Mauricio, A., Rudo-Stern, J., Dishion, T. J., Shaw, D., Gill, A., Lundgren, J. & Thunberg, J. (2017). Facilitators and barriers in cross-country transport of evidence-based parenting programs: A case study using the Family Check-up (manuscript submitted for publication).

Miller, R. W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (second ed.) New York: Guildford Press.

Nguyen, T. D., Attkisson, C. C. & Stegner, B. L. (1983). Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a service evaluation questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 299–313.

Ogden, T., Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., Patras, J., Christiansen, J., Taraldsen, K. & Tollefsen, N. (2012). Measurement of implementation components ten years after a nationwide introduction of empirically supported programs: A pilot study. *Implementation Science*, 7:49.

Ryding, J. & Sorbring, E. (2017). Social workers use of reflection and the influence of an evidence-based model. (manuscript submitted for publication).

Pelham, W. E., Dishion, T. J., Tein, J. Y., Shaw, D. S. & Wilson, M. N. (2017). What doesn't work for whom? Exploring heterogeneity in responsiveness to the Family Check-up in early childhood using a mixture model approach. *Prevention Science*. DOI 10.1007/s11121-017-0805-1.

Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greenslade, K. E. & Milich, R. (1992). Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(2), 210–218.

Shepard, S., Armstrong, L. M., Silver, R. B., Berger, R. & Seifer, R. (2012). Embedding the Family Check-up and evidence-based parenting programs in head start to increase parent engagement and reduce conduct problems in young children. *Advances in School Mental Health Promotion*, 5(3), 194–207.

Smith, J. D. & Polaha, J. (2017). Using implementation science to guide the integration of evidence based family interventions into primary care. *Families, Systems & Health*, 35(2), 125–135.

Smith, J. D., Montaña, Z., Dishion, T. J., Shaw, D. S. & Wilson M. N. (2015). Preventing weight gain and obesity: Indirect effects of the Family Check-up in early childhood. *Prevention Science*, 16(3), 408–419.

Smith, J. D., Stormshak, E. A. & Kavanagh, K. (2014). Results of a pragmatic effectiveness-implementation hybrid trial of the Family Check-up in community mental health agencies. *Administration Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(3).

Smith, J. D., Dishion, T. J., Shaw, D. S. & Wilson, M. N. (2013). Indirect effects of fidelity to the Family Check-up on changes in parenting and early childhood problem behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 962–974. Hämtad från <http://dx.doi.org/10.1037/a0033950>.

Socialstyrelsen (2015). *Förutsättningar för att etablera en evidensbaserad praktik i socialtjänsten: en intervjustudie med chefer inom socialtjänsten*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19868/2015-6-34.pdf>.

Staberg, M. (2017). *Children and adolescents with externalizing behavior in dental care* (doctoral dissertation). Hämtad från <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/51890>.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2010:202). *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn: en systematisk litteraturöversikt*. Hämtad från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/program-for-att-forebygga-psykisk-ohalsa-hos-barn>.

Statens folkhälsoinstitut (2013). *Föräldrar spelar roll: vägledning i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/17c2137a091b4b12a42d43e48cb6827d/foraldrar-spelar-roll-vagledning-i-lokalt-och-regionalt-foraldrastodsarbete.pdf>.

Statens offentliga utredningar (SOU) (2008:18). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/contentassets/c33ab37b7bcc4512a1d07992ddfad267/evidensbaserad-praktik-inom-socialtjansten---till-nytta-for-brukaren-sou-200818>.

Stormshak, E. A., Brown, K. L., Moore, K. J., Dishion, T. J., Seeley, J. & Smolkowski, K. (2016). Going to scale with family-centered, school-based interventions: Challenges and future directions. I: S. M. Sheridan, E. Moorman Kim (red.), *Family-school partnerships in context*, Research on family-school partnerships, vol 3. DOI 10.1007/978-3-319-19228-4_2.

Sveriges riskdag (SR) (2003:133). *En nationell psykiatrisamordnare: kommittédirektiv*. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/en-nationell-psykiatrisamordnare_GRB1133.

Van Ryzin, M. J. & Nowicka, P. (2013). Direct and indirect effects of a family-based intervention in early adolescence on parent–youth relationship quality, late adolescent health, and early adult obesity. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 106–116.

Weisz, J. R. & Kazdin, A. E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (second edition). New York: Guilford Press.

Närhälsan

Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa



031-3460615

narhalsan.utvecklingscentrum@vgregion.se

narhalsan.se/utvecklingscentrum

Kungsgatan 12, vån 6, 411 19 Göteborg

Projektet har drivits i samarbete med



**Karolinska
Institutet**



**Göteborgs
Stad**