

**Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting  
and Sensitive Discipline (VIPP-SD)**

**– Upplevelsen av metoden bland psykologer för  
Mödra- och Barnhälsovård**

Veronika Fagerberg

Leg. Psykolog

Specialistarbete

Inriktning Hälsopsykologi

2020

Handledare: Johanna Kling

PhD och leg. psykolog

Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) har internationellt lyfts fram som en metod med god evidens gällande samspel mellan föräldrar och barn 0-6 år, men har inte utvärderats i svenska förhållanden. Studiens syfte var att undersöka upplevelsen av metoden bland psykologer för Mödra- och Barnhälsovård (MBHV) i VGR, huruvida metoden passar uppdraget för psykologer, samt att fånga upp eventuella anpassningar av metoden som anses nödvändiga vid en eventuell implementering. Deltagarna utgjordes av 17 psykologer för MBHV i VGR. Data samlades in via enkäter och analyserades med kvalitativ konventionell innehållsanalys. Resultaten visade att VIPP-SD ansågs roligt att jobba med, effektiv gällande samspel, men inte tids- eller kostnadseffektiv. För att passa verksamheten ansågs anpassningar nödvändiga vilket kan röra metoden, förutsättningarna inom uppdraget eller förändringar av uppdraget i sig.

*“It is easier to build strong children than to repair broken men.”* Frederick Douglass

Idag vet vi mycket om vikten av små barns medfödda behov av anknytning, den tidiga relationen och samspelet mellan barn och förälder, och hur dessa aspekter påverkar barns fortsatta utveckling och mående (se t.ex. Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006; Hwang & Nilsson, 2019). Tidiga erfarenheter sätter spår för livet, t.ex. genom att samspelet mellan barn och föräldrar påverkar hjärncellernas kopplingar hos det lilla barnet och påverkar senare aspekter som känsloreglering och informationsbearbetning (Moore, Arefadib, Deery, Keyes & West, 2017). Kvaliteten på barns anknytning till sina föräldrar påverkas till stor del av hur samspelet mellan barn och förälder ser ut. Det i sin tur styrs till stor del av faktorer hos föräldern som bl.a. förälderns förmåga till lyhördhet och respons på barnets behov samt vilken uppfattning föräldern har av sitt barn (Broberg & Nilsson, 2006).

De flesta psykologer inom Mödra- och Barnhälsovård (MBHV) i Sverige har som en stor del av sitt hälsofrämjande uppdrag att arbeta med just dessa aspekter av föräldraskapet (som lyhördhet och respons gällande små barns behov). I barns naturliga utveckling ingår många utvecklingsrelaterade moment och perioder som kan upplevas som utmanande och frustrerande för föräldrar, samt för barnet själv förstås. Som exempel är ”trotsåldern”, och ”att testa gränser” väletablerade begrepp i dagligt tal. Det är lätt hänt, och vanligt, att man som föräldrar i dessa perioder hamnar i onda cirklar där vardagen kan kännas jobbig och

frustrerande, och där man som förälder kan känna sig vilse i hur man ska bemöta sitt barn på ett konstruktivt sätt. I samtal med psykologen för MBHV är syftet ofta att underlätta dessa perioder genom att öka förståelsen för barnets perspektiv, behov och beteende samt öka möjligheten att tona in på barnets känslor och behov.

Vid gemensamma utvecklingsdagar och utbildningar för MBHV-psykologer i Västra Götalandsregionen (VGR) har det vid flera tillfällen (t.ex. utvecklingsdagar Bokenäset 8-9 maj 2019) uttryckts att man saknar strukturerade metoder för att på ett mer konkret sätt arbeta med samspel, att öka föräldrarnas lyhörddhet för sitt barn, och/eller att få med barnet i rummet och inte bara arbeta utifrån föräldrarnas subjektiva upplevelse och beskrivning av det som upplevs problematiskt. Det finns i Sverige idag inte några evidensbaserade metoder för just detta arbete, och de metoder som oftast används saknar eller har enbart svagt vetenskapligt stöd (Bergström, Hjern & Lindfors, 2019).

Under de senaste åren har metoden Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) internationellt lyfts fram som en metod med god effekt och evidens vad gäller samspel och anknytning (se t.ex. Alsancak-Akbulut, Sahin-Acar & Sumer, 2020; Cassibba, Castoro, Constantino, Sette & Van IJzendoorn, 2015; Juffer, Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn 2005). Insatsen syftar till att främja föräldrarnas lyhörddhet och intoning, vilket vi vet har stor effekt på barns mående, hälsa och utveckling (Bergström, Hjern & Lindfors, 2019). Denna metod har dock aldrig tidigare utvärderats i svenska förhållanden. Syftet med detta arbete är därför att undersöka psykologernas upplevelse av att genomföra metoden, hur man upplever att metoden passar uppdraget för psykologerna för MBHV i VGR, samt att fånga upp och tydliggöra de eventuella anpassningar av metoden som anses relevanta. På sikt skulle detta kunna leda till implementeringen i VGR av en välbeprövad metod avsedd att främja psykisk hälsa hos små barn och deras föräldrar, vilket kan ge effekt på både kort och lång sikt för såväl föräldern som för barnets fortsatta utveckling och hälsa genom livet.

### **Verksamhet och uppdrag**

Psykologverksamheten för mödra- och barnhälsovård (PMBHV) i VGR är en del av den offentligt drivna primärvården i regionen. Verksamhetens övergripande uppdrag är att ur ett folkhälsoperspektiv främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn i förskoleåldrarna, genom insatser till blivande föräldrar, föräldrar och barn 0-5 år.

Verksamheten tillför också övriga primärvården och samverkanspartners (t.ex. socialtjänst

och psykiatri) psykologisk kunskap och kompetens avseende barnets och föräldraskapets utveckling. En riktlinje för verksamheten är att 90 % av insatserna ska understiga 10 besök. (*Verksamhetsbeskrivning Psykologer för mödra- och barnhälsovården i Västra Götalandsregionen*)

Verksamheten består av totalt ca 90 psykologer uppdelade i fem enheter (Göteborg, Södra Bohuslän, Fyrbodals, Skaraborg och Södra Älvsborg). Uppdragen för verksamheten är politiskt styrta, men inom denna ram finns relativt stor möjlighet att påverka hur och när uppdraget ska utformas och utföras och även till viss del tolka och formulera vad som kan tänkas ingå i uppdraget.

Den enhet som arbetar för Södra Älvsborg har sedan 2008 ett utökat uppdrag som består av att arbeta med samspelssvårigheter på en behandlande nivå. Uppdraget innebär att förebygga att små barn utvecklar ett ogynnsamt anknytningsmönster till sin omsorgsperson och därigenom motverka en psykisk ohälsoutveckling hos barnet. Detta uppdrag är organiserat i form av en specifik samspelsmottagning samt som ett utspritt uppdrag på samtliga anställda i enheten som en integrerad del av sin ordinarie tjänst (Vårdöverenskommelse 2020-21). Den specifika samspelsmottagningen arbetar med längre och mer intensiva interventioner gällande samspel än de övriga psykologerna i enheten.

Hittills har insatser gällande samspel på samtliga enheter (utanför Samspelsmottagningen i Södra Älvsborg) främst genomförts genom samtal mellan psykolog och förälder/föräldrar. Ibland genomförs även en enstaka samspelsobservation mellan förälder och barn på mottagningen med några efterföljande samtal. Verksamheten erbjuder även föräldrastödsprogram på gruppnivå med fokus på att hjälpa föräldrar att se på barns beteende som uttryck för deras känslomässiga behov och som syftar till att öka föräldrars lyhördhet och barns trygga anknytningsrelationer (se t.ex Powell, Cooper, Hoffman & Marvin, 2014). Ofta har ett mer genomgripande arbetssätt saknats i de fall där ovan nämnda metoder inte gett önskad effekt men där samspelsmottagningen inte kunnat erbjudas eller av annan orsak inte bedömts vara lämplig. För denna ovan beskrivna grupp är införandet en evidensprövad metod som fokuserar på lyhördhet, och som inkluderar barnet, eftersträvaransvärd.

## **Metodöversikt**

I Socialstyrelsen senaste vägledning för arbetet på BVC (Socialstyrelsen, 2014) framhålls bl.a. behovet av forskningsbaserat utvecklingsarbete inom barnhälsovården för att ge

verksamheten en evidensbaserad kunskapsbas. För att främja ett sådant utvecklingsarbete bildades 2014 ett nationellt nätverk för forskningsbaserat utvecklingsarbete på BVC (Barnhälsovårdens Nationella Programråd - BNP). Detta nätverk tog i samverkan med Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHV-Q) fram ett vetenskapligt kunskapsunderlag för delar av det forskningsbaserade utvecklingsarbetet inom barnhälsovården (Bergström, Hjern & Lindfors, 2019).

Den holländska metoden Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting (VIPP), framhålls i kunskapsunderlaget (Bergström, Hjern & Lindfors, 2019) som den mest väldokumenterade metoden gällande barns anknytning och föräldrars lyhörddhet. VIPP baseras på videofilmning av samspel mellan förälder och barn, så kallad video-feedback. Metoden har även utvecklats, anpassats och evidensprövats i flera olika varianter (bl.a. till VIPP-SD, där SD står för tillägget ”and Sensitive Discipline”). Bergström, Hjern och Lindfors (2019) bedömer att då VIPP bygger på att stärka det positiva hos föräldern, så passar den väl in i svenska barnhälsovårdens arbetssätt och bör kunna passa väl för MBHV-psykologerna. Då man även konkluderar att en annan universell föräldrastödsinsats till pappor med hjälp av video-feedback visade sig öka lyhörddheten för barnet (Magill-Evans, Harrison, Benzies, Gierl, Kimak, 2007) och då få metoder studerats gällande pappor, bedöms denna insats vara särskilt värdefull att uppmärksamma och undersöka vidare (Bergström, Hjern & Lindfors, 2019).

Vidare har metaanalyser (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Juffer, 2003; Juffer, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2017a, 2017b; Van IJzendoorn, Juffer, & Duyvesteyn, 1995) bland annat även visat att metoder i form av kortare insatser med video-feedback och fokus på lyhörddhet ofta ger bättre resultat gällande effekter på utvecklande av trygg anknytning hos barn, än längre insatser med fokus direkt på anknytning. Föräldrarnas förmåga till lyhörddhet för barnets signaler är en avgörande faktor för att ge barnet möjlighet att utveckla en trygg anknytning till sin förälder, och minskar samtidigt risken för utvecklandet av desorganiserad anknytning (De Wolff & Van Ijzendor, 1997; Bakermans-Kranenburg, Juffer, Van IJzendor, &, 2005).

VIPP uppfyller med andra ord många av de kriterier som nämns ovan; en individuell insats, med fokus på ökad lyhörddhet, metoden baseras på video-feedback samtidigt som det är en korttidsinsats som understiger riktlinjen med 10 besök. Då metoden också bygger på att stärka det positiva hos föräldern skulle den kunna passa både för MBHV-psykologernas uppdrag generellt, samt för den enhet i VGR (Södra Älvsborg) med utökat samspelsuppdrag.

## **Om VIPP och VIPP-SD**

VIPP utvecklades på Leiden University i Nederländerna. Den består i sin ursprungsform av 4–6 hembesök och har använts både som riktad och indikerad insats ((Bergström, Hjern & Lindfors, 2019). Interventionen är manualbaserad men ska anpassas till familjerna (Bakermans-Kronenburg & Juffer, 2018). De två första sessionerna riktar in sig på barnets medfödda drift efter utforskande- och närhetssökande, och balansen där emellan. De två följande hembesöken fokuserar på föräldrabetende gällande lyhördhet och att dela känslor med barnet/mentalisering. VIPP har även utvecklats till VIPP-SD och som riktar sig till barn mellan 1-6 år och som i tillägg också fokuserar på att bemöta utagerande beteende hos barnet (Juffer, Struis, Werner & Bakermans-Kranenburg, 2017). VIPP-SD har istället sju hembesök där man i de sista besöken fokuserar på både lyhördhet och gränssättande. Det är denna version, VIPP-SD, som utvärderas i detta arbete.

Det mesta av forskningen som gjorts är utförd på grundversionen VIPP. VIPP framstår sammantaget i den internationella litteraturen som välbeprövad och med god evidens (Bergström, Hjern & Lindfors, 2019). Bl.a. har forskningen återkommande visat att VIPP som indikerad intervention för spädbarnsfamiljer har positiv effekt på lyhördheten hos mammor med egna problem, otrygg anknytning eller låg lyhördhet mot sina barn. (Bakermans-Kronenburg et al. 2008, Juffer et al. 2005, Kalinauskiene et al.. 2009, Klein Velderman et al.. 2006). Som riktad intervention har VIPP även visat sig ha effekt på lyhördhet hos en grupp mödrar med låg socioekonomisk status (Pereira, Negrão, Soares & Mesman, 2014). VIPP har även visat sig ha positiv effekt på andelen barn med desorganiserad anknytning i en grupp adopterade barn (Juffer, Bakermans-Kranenburg, Van IJendoorn, 2005). Flera studier har alltså visat effekter på barns anknytningsmönster, både gällande på trygg och desorganiserad anknytning. Positiva effekter på lyhördhet är genomgående i studierna (tex: Juffer et al 2005), men det finns även ett fåtal studier (tex Kalinauskiene et al., 2009) som inte visar att VIPP har effekt på barns anknytningsmönster. En pilotstudie i liten skala för genomförbarhet av VIPP med småbarnspappor har publicerats med preliminärt lovande resultat (Lawrence et al., 2013). Hjern, Lindfors och Bergström (2019) slår fast att VIPP är en modell som är intressant för svenska förhållanden eftersom det innehåller relativt få besök och har utvecklats i ett kulturellt sammanhang som inte ligger så långt ifrån Sverige.

En mindre studie som tittar på effekten av VIPP-SD för mödrar och co-föräldrar (företrädevis pappor) till barn på 10-24 månader har också visat lovande resultat gällande positiva förändringar i föräldra-barn interaktionen (Iles et al 2017). VIPP och VIPP-SD har

dessutom anpassats och utvecklats med positiva resultat till ett flertal olika versioner, t.ex. för användande i flera olika ”riskgrupper” som fosterfamiljer (Schoemaker et al 2018), föräldrar med intellektuella funktionshinder (Hodes et al 2014), och föräldrar till barn med autism (Poslawsky et al 2014, 2015). Olika versioner av VIPP och VIPP-SD har även provats i flertalet olika länder utöver Nederländerna, t.ex. i Turkiet (Alsancak-Akbulut, 2020), Italien (Cassiba, 2015), Colombia (Salazar 2019), Polen (Wójtowicz-Dacka, 2016), och Portugal (Negrão, Pereira, Soares, Mesman, 2014). Gea van Dam vid VIPP Training and Research Centre, Leiden University (skriftlig kommunikation, 24 juli 2020) uppger att VIPP-SD för närvarande används i följande länder: Nederländerna, Storbritannien, Italien, Peru, Chile, Australien, Belgien, Kina, Uruguay, Mexico, Sverige, USA, Danmark, Kanada, Turkiet, Portugal och Colombia. Det har även gjorts kulturella anpassningar av VIPP-SD, t.ex. har en version för turkiska minoritetsfamiljer i Nederländerna, kallad VIPP-TM (VIPP-Turkish Minorities) utvecklats och utvärderats (Yagmur, Malda, Bakermans-Kranenburg, 2014) med goda resultat. I ett flertal länder och sammanhang är således VIPP-SD redan väl beprövad, både i sin ursprungsform och i flera olika anpassningar (Hjern, Lindfors & Bergström, 2019). Detta arbete utgör dock den första ansatsen att utvärdera användandet av VIPP-SD i Sverige.

### **Implementering av nya metoder**

Att implementering av nya metoder och arbetssätt ofta är förenat med flera möjliga hinder är väl känt såväl i den kliniska vardagen som i forskningen (Powell, Hausmann-Stabile & McMillen, 2013). Powell, Hausmann-Stabile och McMillen (2013) har gjort en studie med en sammanställning av barriärer förenade med implementering av nya metoder inom kliniska verksamheter. Författarna framhåller att vanliga och väldokumenterade barriärer eller hinder vid implementering är brist på tid, inadekvata resurser och brist på kunskap. Att ha kännedom om dessa vanliga hinder ger också en möjlighet att lättare förebygga eller att ”arbeta sig runt dem”. VIPP-SD är framarbetad i ett annat nationellt och kulturellt sammanhang än svenska förhållanden samt för ett brett spektrum av verksamheter med olika förutsättningar. Därför är det av stor vikt att fånga upp och framhäva de första svenska utförarupplevelserna av metoden inför ett eventuellt implementerande av metoden inom PMBHV i VGR.

I boken ”Användbar evidens – om följsamhet och anpassningar” (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017) presenterar författarna en formel för nytta med evidensbaserat arbetet som även tar hänsyn till implementeringsaktiviteter. Ekvationen formuleras som:

$$\text{Metod} \times \text{Implementeringsaktiviteter} \times \text{Kontext} = \text{Nytta}$$

Evidensekvationen vill visa hur termerna metod, implementeringsaktiviteter (riktade aktiviteter för att överbrygga hinder och skapa bättre passform mellan metod och kontext) och kontext tillsammans skapar nytta, vilket i boken beskrivs som användbar evidens. Hasson och von Thiele Schwarz (2017) har som utgångspunkt att de flesta metoder behöver anpassas efter en given kontext för att skapa nytta, men att det fortfarande behövs ta hänsyn till metodens effektivitet i sin ursprungsform för att inte riskera att minska effekten, utan snarare bibehålla den men under nya förutsättningar. Författarna tar även upp fallgropar som att om en metod inte anpassas och utvärderas på ett systematiskt sätt och på en övergripande nivå, riskerar man att varje enskild utövare istället gör egna anpassningar, vilket innebär betydligt fler risker för att metodens effekt utarmas och att metoden plötsligt får flera olika ”versioner”. En annan fallgrop är dock att anpassningar sker över huvudet på utövarna utan att ledningen tar del av utövarnas upplevelser och insikter (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). Detta lägger också grunden till upplägget för detta arbete, där utförarnas upplevelser och eventuella förslag på anpassningar av VIPP-SD är i fokus.

## Syfte

Syftet med detta arbete är att undersöka psykologernas upplevelse av genomförbarhet av VIPP-SD, samt hur man upplever att metoden passar uppdraget för PMBHV i VGR. Syftet är också att fånga upp och tydliggöra de eventuella anpassningar av metoden som anses viktiga inför en eventuell implementering.

## Frågeställningar:

1. Vad tycker MBHV-psykologerna om VIPP-SD som metod?
2. Vad är psykologernas upplevelse av att genomföra VIPP-SD?
3. Vad är psykologernas upplevelse av hur metoden passar verksamheten och uppdraget för PMBHV i VGR?



4. Föreslår psykologerna några anpassningar av metoden inför en eventuell implementering inom PMBHV i VGR, och i så fall vilka?

## Metod

### Tillvägagångssätt och deltagare

Under hösten 2019 beslutades det att köpa in en utbildning för VIPP-SD för PMBHV i VGR. Satsningen finansierades med regionala fortbildningspengar för genomförandet, samt regionala statsbidragspengar till en utvärdering. Författaren fick under hösten 2019 förfrågan att genomföra utvärderingen, och arbetet med detta pågick från 1 januari till 31 december 2020. Sammanlagt köptes 20 utbildningsplatser för VIPP-SD in varav fem viktes för Södra Älvsborg och resterande fördelades mellan övriga fyra enheter. Detta innebär att samtliga fem enheter för PMBHV i VGR hade representanter som deltog i utbildningen. Det innebär även att det fanns en spridning över regionen och dess geografiska förutsättningar i form av arbete inom storstäder, tätort och glesbygd. Utbildningen i VIPP-SD genomfördes i Göteborg under fyra heldagar 9-12 december 2019 av Estelle Struis från Leiden University och Dr Paul Dugmore från Tavistock and Portman NHS Foundation Trust.

Utbildningen efterföljdes av att varje psykolog hade en utbildningspatient med individuell handledning av omväxlande Struis och Dugmore via Zoom efter varje hembesök. Planen var att samtliga psykologer skulle genomföra en insats med VIPP-SD med en sådan utbildningspatient under våren 2020. Utbildning och handledning genomfördes på engelska, och samtligt material som metodhandbok, utbildningsmaterial och sessionsunderlag fanns enbart att tillgå på engelska.

Samtliga deltagare ( $N = 17$ ) i denna studie var anställda som psykologer inom någon av de fem enheterna för PMBHV i VGR. Samtliga psykologer var kvinnor och åldersspannet var relativt jämnt fördelat enligt följande: 30-39 år (33, 3 %), 40-49 år (41,7%) och 50-59 år (25 %). Psykologernas antal års erfarenhet inom PMBHV var fördelade från två år eller mindre i fältet (25 %) och upp till mer än 10 år i fältet (16,6%). Majoriteten (58,4%) hade dock arbetat mellan 3-10 år i fältet.

Två av psykologerna i utbildningen utgjordes av författare och handledare för detta arbete, varför dessa två deltagare exkluderats från utvärderingen. En psykolog blev föräldraledig efter utbildningen och påbörjade därför inte arbetet med en utbildningspatient.

Detta möjliggjorde 17 deltagare i utvärderingen. Det är psykologernas upplevelse av att genomföra metoden med sin utbildningspatient som utvärderas i detta arbete.

Samtliga deltagare informerades om syftet med studien och passivt samtycke tillämpades genom att deltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt.

### **Datainsamling och instrument**

För att undersöka frågeställningarna ovan valdes en i huvudsak kvalitativ design. Data samlades in med hjälp av enkäter och analyserades därefter med kvalitativ metod (konventionell innehållsanalys; Hsieh & Shannon, 2005).

Konventionell kvalitativ innehållsanalys kan tillämpas när tidigare forskning inom ett område är begränsad. Tillvägagångssättet innebär att man undviker att använda förutfattade kategorier och istället låter kategorier och namn för kategorier flöda från datan. Analysmetoden börjar med att all data läses flera gånger för att få en känsla för helheten. Därefter läses data ord för ord för att härleda koder. Forskaren närmar sig sedan texten genom att göra anteckningar om hans eller hennes första intryck, tankar och första analys. Koderna kan sedan sorteras i kategorier baserat på hur de är relaterade. Dessa framväxande kategorier används för att organisera och gruppera koder till meningsfulla kluster (Hsieh & Shannon, 2005).

Som komplement till den kvalitativa datan samlades även viss kvantitativ data in, som redovisas deskriptivt i arbetet. För att få en så bred genomlysning som möjligt administrerades en bredare enkät med öppna frågor efter hela utförandet av patientarbetet (slutenkät), samt en kortare sessionsenkät med mer riktade frågor efter varje genomfört hembesök.

Sessionsenkäterna och slutenkäten (se bilaga 1 och 2) administrerades genom Survio, ett internetbaserat program för enkätinsamling, och besvarades anonymt. Samtliga sessionsenkäter innehöll samma fyra frågor. Frågorna ett- till tre i sessionsenkäterna besvarades genom en femgradig Likertskala. Fråga fyra bestod av en öppen fråga. Frågorna i slutenkäten bestod av åtta öppna frågor om metoden, upplevelsen av genomförandet och eventuella förslag på anpassningar, samt tre demografiska frågor.

Datainsamlingen pågick från januari t.o.m. 11 september 2020. Flertalet påminnelser om att besvara enkäterna skickades ut via mail under denna period. Även de psykologer som inte genomförde hela arbetet med sin utbildningspatient gavs möjlighet att besvara

slutenkäten då detta kunde ge värdefull information om upplevelsen av VIPP-SD samt orsaker till bortfallet.

## Resultat

Resultaten av undersökningen presenteras här i två separata delar. Resultatet från sessionsenkäterna utgörs av kvantitativ data som presenteras deskriptivt, samt med exempel på kommentarer från deltagarna. Resultatet från slutenkäten presenteras som teman med underteman, enligt kvalitativ konventionell innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005).

### Sessionsenkäter

I nedanstående tabell (Tabell 1) redovisas svarsfrekvens från de olika sessionerna, samt medelvärden (M) gällande upplevelsen av hembesöket generellt, upplevelsen av att genomföra hembesöket och upplevelsen av det administrativa och praktiska arbetet runt sessionen. Frågorna besvarades genom en femgradig Likert-skala där 5 motsvarade positivt och 1 motsvarade negativt.

Tabell 1. Översikt av svarsfrekvens och resultat av frågorna från sessionsenkäterna.

	Antal svar	Svarsfrekvens	Generell upplevelse av hembesök (M)	Genomföra hembesök (M)	Administration/praktiskt arbete (M)
Sessionsenkät 1	10	58,8 %	4,3	3,4	2,6
Sessionsenkät 2	8	47,1 %	4,5	3,8	2,4
Sessionsenkät 3	6	35,3 %	4,2	3,5	3,0
Sessionsenkät 4	7	41,2 %	4,4	3,7	2,7
Sessionsenkät 5	4	23,5 %	4,3	3,5	2,8
Sessionsenkät 6	2	11,8 %	4,5	3,5	3,0
Sessionsenkät 7	1	5,8 %	5,0	4,0	3,0

Svarsfrekvensen för sessionsenkäterna sjönk successivt över tid från att initialt ligga på ca 58,8 % till att för sista sessionsenkäten endast besvaras av en deltagare (5,8 %).

Medelvärdet för den generella upplevelsen av hembesöket ligger mellan 4,2-5. Medelvärdet för genomförandet av hembesöket sträcker sig mellan 3,4-4. Medelvärdet för upplevelsen av det administrativa och praktiska arbetet sträckte sig mellan 2,4-3. Nedan redovisas även enstaka exempel på kommentarer från sessionsenkäterna.

- Exempel på kommentarer från session 1: *”Mycket praktiskt att förbereda, vilka leksaker ska man ta med, hur fungerar kameran, hur ska filmerna kunna visas hos familjen. Själva hembesöket kändes sedan positivt och inte så svårt. Det tog mycket tid att titta på filmerna.”*

- Exempel på kommentarer från session 2: ”Kändes ändå lugnare än första gången när allt var nytt. Att skriva skripten för hembesök 2 gick också lättare, det finns en viss 'learning curve'.”
- Exempel på kommentarer från session 3: ”Det blev ett mycket långt besök, svårt att styra hur lång tid måltiden tar och det tog väldigt lång tid att skriva scriptet<sup>1</sup> då det var mycket inspelat material. Samtidigt bra att få jobba med en naturlig situation i hemmiljö.”
- Exempel på kommentarer från session 5: ”Börjar kännas slitsamt eftersom det är så tidskrävande. Har hittills känt mig mer positiv, men börjar tvivla på hur mycket vi i praktiken kommer ha tid att använda oss av metoden.”

Av kommentarerna framkommer sammanfattningsvis att aspekter som tid och praktiska frågor genomgående upplevs som problematiska, medan inget negativt nämns om att utföra hembesök eller om metoden i sig.

## Slutenkäten

På slutenkäten svarade 12 av 17 möjliga deltagare, vilket innebär en svarsfrekvens på ca 71 %. Den kvalitativa konventionella innehållsanalysen av slutenkäten resulterade i fyra teman med tillhörande underteman. Teman och underteman redovisas först överskådligt för att sen presenteras mer ingående och med citat från deltagarna. De teman som framkom presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Översikt av teman och underteman.

Tema	Undertema
1. Intryck av VIPP-SD som metod	
2. Förutsättningar	2.1. Tidsaspekten 2.2. Teknik 2.3. Lokaler
3. Effektivitet	3.1. Metodens effektivitet 3.2. Kostnadseffektivitet
4. Förändringar	4.1. Modifieringar av metoden 4.2. Anpassningar 4.3. Förslag på modifieringar för implementering

<sup>1</sup> Script är det ”manus” psykologen skriver till varje film för att sedan dela med patienten vid kommande hembesök.

## 1. Intryck av VIPP-SD som metod

Ett tema som framträder i analysen är tankar om själva metoden i sig. VIPP-SD beskrivs delvis i positiva ordalag som att man upplever det som en konkret, rolig och effektiv metod. Flera kommentarer rör också att man upplever det som positivt att använda sig av videofilmning och videofeedback som metod. Det nämns även att det är positivt att VIPP-SD som metod har ett väldokumenterat evidensläge. Många kommentarer rör även att VIPP-SD är en metod som är givande, rolig, spännande och utvecklande för behandlaren.

Resultatet visar även på mer problematiserande upplevelser VIPP-SD som metod. Det som främst framkommer som problematiskt är det moment i VIPP-SD som kallas ”Sensitive time-out”. Det framkommer även upplevelser om VIPP-SD som en allt för styrd eller styrande metod i sitt upplägg. Några kommentarer rör även att man anser att videofilmning är en bra metod, men en deltagare frågar sig samtidigt om det finns andra metoder med videofilmning som bas som passar bättre för PMBHV’s verksamhet. Några exempel på kommentarer från detta tema följer nedan:

*”Sympatisk metod, har känts positivt att arbeta med video-feedback. Kämpar fortfarande med inslaget time-out och om/hur detta ska förmedlas på bästa sätt. Ibland också svårt att förhålla sig till manualen, att t ex upprepa ordagrant vissa saker flera gånger har känts lite konstlat, men har ändå fungerat ok.”*

*”Jag tycker fortfarande att deras råd kring time-out är problematiskt. Som det diskuterades under kursen att det får modifieras kändes det ok men inte som det beskrivs i metodboken och i Mitt barn och jag. Ska vi använda metoden tycker jag att vi behöver få ändra detta.”*

## 2. Förutsättningar

Ett annat tema som framkommer i analysen är tankar om förutsättningar för att kunna använda sig av VIPP-SD i sitt arbete. Tankarna om detta kan grupperas i tre underteman som presenteras nedan.

**2.1. Tidsaspekten:** Tankar om tidsaspekten är det som framstår som det enskilt största temat som framkommer i analysen gällande förutsättningar för att använda sig av VIPP-SD. Det man då nämner är att man anser att metoden tar mycket av ens arbetstid i anspråk vilket anses problematiskt. Det framkommer att förutsättningen för att kunna använda metoden är att

få ett tydligt mandat från ledningen och förutsättningar att avsätta arbetstid för att kunna använda sig av metoden.

Det framkommer även förslag på att i syfte att spara tid kunna genomföra VIPP-SD på mottagningen istället för genom hembesök för att spara in restid och förberedelser för att arbeta utanför mottagningen. Detta framstår som ett betydligt vanligare förslag jämfört med att dra ner på antalet besök. Det lyfts dock fram att dessa förslag inte kommer utifrån tankar att underlätta för familjerna eller förbättra metoden, utan för att spara tid och därmed underlätta för behandlaren och för verksamheten.

Utöver att arrangemang kring hembesök tar mycket tid framhålls det även att det administrativa arbetet med metoden tar mycket tid, inte bara resor eller antal besök. Man beskriver till exempel att arbetet med att skriva ”script” är mycket tidskrävande. Några exempel på kommentarer från detta tema följer nedan:

*”Metoden i sig stämmer med vårt uppdrag, men om man inte kan frigöra mer tid för detta tror jag i praktiken inte att metoden kommer kunna användas särskilt mycket, tyvärr.”*

*”Om det går att göra om till mottagningsbesök istället för hembesök på vissa av sessionerna skulle man spara lite tid. Att filma måltid är ju dock svårt att göra någon annanstans än hemma. Det mest tidskrävande är dock ”kodningen”, och den går ju knappast att förenkla. Jag tror heller inte att man ska minska antalet besök”*

**2.2. Teknik:** En annan förutsättning som lyfts fram för att kunna använda sig av VIPP-SD är tillgången till adekvat teknik för att genomföra metoden. Varje behandlare behöver ha tillgång till en välfungerande kamera, dator samt någon form av program för visning och redigering av filmmaterialet. Manualen uppmanar även till att spela upp filmen på familjens tv, snarare än på en bärbar dator, vilket då ställer krav på att ha tillgång till kablar som kan kopplas till olika sorters TV-uttag. Exempel på kommentarer kring detta följer nedan:

*”Jag tänker att metoden i sig bygger mycket på god filmkvalitet etc, så viktigt att bra förutsättningar finns för detta.”*

**2.3. Lokaler:** I analysen framkommer även enstaka kommentarer om att det ställs krav på lämpliga lokaler på mottagningen om hela eller delar av metoden ska komma att utföras där. Exempel på detta följer nedan:

*”Kanske mer tidseffektivt att familjen kom till oss. Då skulle vi å andra sidan behöva ha tillräckligt stora/ stort rum att vara i.”*

### **3. Effektivitet**

Ett tema som framkommer är olika tankar och funderingar kring effektivitet, sett ur flera olika perspektiv, man kan alltså mena olika saker när man lyfter effektivitets-begreppet. Tankarna om detta kan grupperas i två underteman som presenteras nedan.

**3.1. Metodens effektivitet:** Flera kommentarer lyfter att man tycker att metoden är bra och effektiv som insats gällande samspel och att öka lyhördheten hos föräldern. Exempel på kommentarer kring detta är:

*”Tror den är effektiv och bra men väldigt omfattande och tidskrävande.”*

**3.2. Kostnadseffektivitet:** En annan syn på effektivitetsbegreppet rör istället effektivitet sett ur perspektivet om huruvida VIPP-SD är en kostnadseffektiv metod för vår verksamhet. Det lyfts där fram aspekter som att många föräldrar kanske får lika god hjälp av redan etablerade gruppinterventioner eller enskilda mottagningsbesök, som också är mindre resurskrävande. Exempel på kommentarer kring detta är:

*”Metoden i sin helhet är stor och tidskrävande, och står eventuellt inte i proportion till dess effekt eller är kostnadseffektiv i relation till andra insatser som vi kan erbjuda.”*

### **4. Förändringar**

Ytterligare ett tema som framträder i analysen är tankar och åsikter om olika perspektiv på förändringar. Det går att skönja tre perspektiv på förändringar vilka presenteras som underteman nedan.

**4.1. Modifieringar av metoden:** Ett undertema av förändringar rör mer generella tankar om att modifiera metoden för att bättre passa verksamheten, d.v.s. modifieringar för verksamhetens skull snarare än för att metoden i sig skulle bli bättre eller mer effektiv för målgruppen (med undantag av förslag ovan om att få modifiera inslaget ” Sensitive time-out”). Däremot kan man förstå på några kommentarer att man ökar allmännyttan och bättre får

in VIPP-SD i den befintliga verksamheten genom att modifiera metoden för att hinna träffa fler familjer på inom samma tidsrymd. Exempel på en kommentar kring detta är:

*”Kanske byta hembesök mot att familjen kommer till mottagningen för filmning, kanske några färre besök?”*

**4.2. Anpassningar:** Det är tydligt i analysen att deltagarna i slutenkäten anser att någon form av anpassning behövs för att kunna använda VIPP-SD i den befintliga verksamheten. Det finns dock olika sätt att ses på vad det är som ska anpassas: är det metodens upplägg, förutsättningarna för att kunna genomföra metoden inom det nuvarande befintliga uppdrag för PMBHV eller är det själva grunduppdraget som man anser bör förändras? Några exempel på kommentarer utifrån dessa olika perspektiv redovisas nedan:

*”Metoden i sig stämmer med vårt uppdrag, men om man inte kan frigöra mer tid för detta tror jag i praktiken inte att metoden kommer kunna användas särskilt mycket, tyvärr”*

*”Isf får det handla om nytt uppdrag o helt andra förutsättningar där ett fåtal psykologer jobbar m denna metod o få andra arbetsuppgifter.”*

**4.3. Förslag på modifieringar för implementering:** En av frågorna i slutenkäten efterfrågade huruvida det behövs några anpassningar av VIPP-SD om metoden ska användas i vår verksamhet, och i så fall vilka. Sammanfattningsvis framkom det i en klar majoritet av kommentarerna att man ansåg att metoden behövde anpassas för att kunna användas i verksamheten. De vanligaste förslag på modifiering framhöll åsikten att sessionerna borde genomföras på mottagningen istället för genom hembesök, i syfte att spara tid för verksamheten. En del kommentarer framhöll istället att man borde korta ner antalet besök, men detta var ett mindre vanligt förekommande förslag. Några kommentar framhöll dessutom att man inte ansåg att det gick att korta ner antalet besök om man vill åstadkomma en bestående förändring av relation och beteende. Några kommentarer rörde att man ville kunna använda sig av delar av metoden, eller att få använda metoden på ett friare sätt för att kunna vara användbar i verksamheten. Några exempel på kommentarer utifrån dessa olika perspektiv redovisas nedan:

*”Göra en komprimerad variant med t.ex. 4 tillfällen”*



*”Skulle behöva bli mindre tidskrävande men svårt att se hur det ska genomföras. Tveksam till om antalet besök kan minskas, sju besök är inte så omfattande om man vill ändra ett beteende.”*

## **Diskussion**

Syftet med studien var att undersöka behandlarnas upplevelse av genomförbarhet av VIPP-SD, samt hur man upplever att metoden passar uppdraget för PMBHV i VGR. Syftet var också att fånga upp och tydliggöra de eventuella anpassningar av metoden som anses viktiga för PMBHV:s förhållanden och ge förslag på de eventuella anpassningar som kan behövas.

Resultaten visade sammanfattningsvis på att VIPP-SD som metod generellt upplevdes som positiv, givande och rolig att arbeta med. Det fanns också några inslag av mer kritiska åsikter främst rörande delmomentet ”sensitive time-out” samt hur styrd metoden upplevdes. Det framkom i analysen att aspekter som tid, teknik och lokaler är viktiga förutsättningar för att kunna arbeta med metoden. VIPP-SD ansågs effektiv gällande att arbeta med lyhördhet/samspel, men inte effektiv sett ur ett perspektiv gällande tids- eller kostnadseffektivitet. Det framgick tydligt att man ansåg att anpassningar kommer vara nödvändiga om VIPP-SD ska användas inom PMBHV i VGR, men att dessa anpassningar kan röra antingen metoden, förutsättningarna inom befintligt uppdrag eller förändringar av uppdraget i sig. En viktig aspekt att åskådliggöra är att samtliga anpassningar av metoden som föreslogs syftar till att underlätta för verksamheten och för att maximera allmännyttan, inte för att förbättra för målgruppen eller den enskilda familjen.

### **Diskussion utifrån studiens frågeställningar**

#### **1. Vad tycker MBHV-psykologerna om VIPP-SD som metod?**

I analysen framkom att VIPP-SD till största delen upplevs som en konkret, rolig och effektiv metod rörande samspel och att öka lyhördheten hos föräldern. Många psykologer beskrev att man upplever det som positivt att använda sig av videofilmande och videofeedback som metod för samspel. Det nämndes även att det är positivt att VIPP-SD som metod har ett väldokumenterat evidensläge. VIPP-SD framstår sammantaget i den internationella litteraturen som välbeprövad och med god evidens gällande effekter på barns anknytningsmönster och föräldrars lyhördhet (se t. ex Bakermans-Kronenburg et al. 2008, Bakermans-Kronenburg et al. 2008, Juffer et al. 2005, Kalinauskiene et al. 2009, Klein Velderman et al. 2006.).

I analysen framkom inga kommentarer om en eventuell upplevd effekt på barns utåtagerande beteende, eller föräldrarnas bemötande av utåtagerande beteende hos barnet, vilket är det som tillägget ”sensitive discipline (SD) syftar till att adressera. Det framkommer även några mer kritiska synpunkter om VIPP-SD som metod, främst gällande momentet ”sensitive time-out” som är en del av tillägget ”sensitive discipline” (SD). Detta kan bero på att ”sensitive time-out” förespråkar att föräldern kortvarigt lämnar barnet när det är väldigt upprört samtidigt som föräldern säger att man återkommer när barnet lugnat ner sig. Inom MBHV ger man istället ofta rådet att öka närvaron när barnet får affektutbrott för att hjälpa barnet komma ner i varv igen. Det är även så att ”sensitive time-out” är tänkt att underlätta för barns utåtagerande beteende (Juffer, et al., 2017) vilket kanske inte alla familjer i studien hade bekymmer kring. Det kan eventuellt ha gjort att det kändes underligt att ta upp råd om att lämna barnet vid ”affektutbrott”, om detta inte var ett bekymmer. Metoden är dessutom styrd så att de flesta moment är obligatoriska och ska upprepas ordagrant. Resultaten visar också på att VIPP-SD kan upplevas som allt för styrd eller styrande i sitt upplägg. Dock överväger de positiva kommentarerna om VIPP-SD som metod för samspel och lyhördhet.

Vid implementering av en ny metod i en verksamhet är det flertalet faktorer som är avgörande. En av dessa faktorer är de attityder till och värderingar av metoden som de individer som ska använda metoden har (Damschroeder et al., 2009). För att en implementering ska bli lyckad är det alltså viktigt att utförarna tror att metoden är effektiv och att det upplevs positivt att utföra den. Då detta ligger i linje med vad som framträder i analysen, är detta en god grund och en viktig förutsättning för att eventuellt gå vidare med en implementering av VIPP-SD i PMBHV i VGR.

## **2. Vad är psykologernas upplevelse av att genomföra VIPP-SD?**

Resultatet visade att deltagarna upplevde VIPP-SD som en metod som är givande, rolig, spännande och utvecklande för behandlaren. Att genomföra hembesöken framträdde också som en övervägande positiv upplevelse i analysen. Dock visade analysen att i stort sett samtliga psykologer som svarat på enkäten ansåg att metoden är mycket tidskrävande och tar mycket av den ordinarie arbetstiden i anspråk, vilket ansågs problematiskt. Resultatet visade att det även var det administrativa arbetet som tog mycket tid, inte bara resorna eller antalet besök, till exempel framkom det att arbetet med att skriva ”script” var mycket tidskrävande. Det gick inte heller utifrån resultatet på sessionenkäterna att se något mönster av att arbetet

med metoden varken upplevde lättare eller svårare med tiden. Inte heller att någon enstaka session utmärkte sig jämfört med övriga.

Ett mönster som framträdde tydligt var att det praktiska och administrativa arbetet upplevdes som mer negativt och betungande än hembesöken generellt. Detta är en faktor som rimligtvis borde minska över tid när man kan arbeta med VIPP-SD utan att översätta till och från engelska för handledning, inte har handledning så ofta som under utbildningen och när man som utförare blivit mer bekant och van att arbeta med VIPP-SD. Även frågor som rätt teknik, eventuella lämpliga lokaler och tillgång till passande leksaker borde falla allt mer på plats successivt i takt med att detta införskaffas. Manual och övrigt skriftligt material kan även komma att översättas till svenska för att underlätta arbetet med metoden. Arbetet med att titta igenom videofilmerna från besöken samt att skriva script kommer fortsätta att vara tidskrävande men kan också antas ta allt mindre tid i anspråk i takt med att vanan av att arbeta med metoden växer.

Den administrativa delen av tidsaspekten kan alltså tänkas minska något över tid och vara som mest krävande under utbildnings- och uppstartsskedet, medan iordningställandet inför hembesök samt tiden för resor till- och från hembesöken kommer vara konstant och påverkas av hur långt bort den aktuella familjen bor från mottagningen samt hur många besök som ska genomföras.

Vanliga och väldokumenterade barriärer eller hinder vid implementering är bl.a. just brist på tid och inadekvata resurser för att arbeta med den nya metoden och tid för att implementera ett nytt arbetssätt (Damschroeder et al., 2009, Powell et. al., 2013). Att ha kännedom om dessa vanliga hinder ger en möjlighet att lättare i att förebygga eller att ”arbeta sig runt dem”. Vid en eventuell implementering av VIPP-SD blir det alltså viktigt att ta aspekten gällande tidsåtgången på stort allvar och hitta sätt anpassa metoden eller skapa tid och förutsättningar för utförande av metoden om den alls ska komma att användas på sikt och bli en del av psykologernas arbetssätt.

### **3. Vad är psykologernas upplevelse av hur metoden passar verksamheten och uppdraget för PMBHV i VGR?**

Det övergripande uppdraget för PMBHV i VGR är att ur ett folkhälsoperspektiv främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn i förskoleåldrarna, genom insatser till

blivande föräldrar, föräldrar och barn 0–5 år (*Verksamhetsbeskrivning Psykologer för mödra- och barnhälsovården i Västra Götalandsregionen*).

Gällande frågeställningen om huruvida VIPP-SD passade för PMBHV i VGR var resultatet något splittrat. Några ansåg att metoden var lämplig och passade verksamhetens uppdrag, men att den var svår att få in i arbetsvardagen i dagsläget. Andra ansåg snarare att metoden inte passade verksamheten, främst pga. sin omfattning och upplägget med hembesök. Samtliga var dock överens om att någon form av modifiering eller anpassning skulle krävas om VIPP-SD skulle kunna användas på ett sätt som passade verksamheten och uppdraget. En aspekt i detta rörde begreppet kostnadseffektivitet, där man ansåg det tveksamt om huruvida VIPP-SD är en kostnadseffektiv metod för verksamheten och dess uppdrag. Det lyfts fram aspekter som att många föräldrar kanske får lika god hjälp av redan etablerade gruppinterventioner eller enskilda mottagningsbesök, som också är mindre resurskrävande. Samtidigt har det tidigare efterfrågats mer individuella och strukturerade metoder att arbeta med samspel och lyhördhet (t.ex. utvecklingsdagar Bokenäset 8-9 maj 2019), men som samtidigt inte är allt för omfattande och därmed mer lämpade för den samspelemottagning som finns i enheten i Södra Älvsborg.

Man skulle sammanfattningsvis kunna beskriva det som att analysen visar att VIPP-SD i sin nuvarande form inte anses passa uppdraget, men att man kan få metoden att passa in genom att anpassa antingen metodens upplägg, förutsättningarna för att kunna genomföra metoden inom det nuvarande befintliga uppdraget eller själva grunduppdraget. Det är även detta som formeln för implementering vill visa (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). Ekvationen formuleras som:

$$\text{Metod} \times \text{Implementeringsaktiviteter} \times \text{Kontext} = \text{Nytta}$$

Evidensekvationen vill visa hur en specifik metod, arbete med implementeringsaktiviteter och den givna kontexten tillsammans skapar nytta. Utgångspunkten är att de flesta metoder behöver anpassas efter en given kontext för att skapa nytta, men att man i detta arbete behöver ta hänsyn till metodens effektivitet i sin ursprungsform för att inte riskera att minska effekten, utan snarare bibehålla den men under nya förutsättningar. Om lämpliga anpassningar av en metod inte sker och utvärderas på ett

systematiskt sätt och på en övergripande nivå, riskerar man att varje enskild utövare istället gör egna anpassningar, vilket innebär betydligt fler risker för att metodens effekt utarmas, att metoden plötsligt får flera olika ”versioner”, eller att den inte används alls. (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). Empiriska studier har visat att när man flyttat en metod från en kontext till en annan utan anpassningar för den nya kontexten, var metoden mindre effektiv än om man gjort anpassningar för den nya kontexten (Sundell, Beelmann, Hasson & von Thiele Schwarz, 2016). Såväl användbarheten som allmännyttan kan alltså ökas genom lämpliga anpassningar av VIPP-SD som möjliggör användandet av metoden och samtidigt når eller räcker till fler familjer i målgruppen, utan att metodens effekt blir lidande.

#### **4. Föreslår psykologerna några anpassningar av metoden inför en eventuell implementering inom PMBHV i VGR, och i så fall vilka?**

I relation till den fjärde frågeställningen visade resultaten på flera förslag och alternativ på anpassningar. Det vanligaste förslaget rörde att modifiera själva metoden, antingen genom att korta ner antalet besök eller att genomföra besöken på mottagningen istället för genom hembesök. Det absolut vanligaste förslaget på anpassning var dock att göra om besöken till mottagningsbesök i syfte att spara tid och därmed göra den mer kostnadseffektiv och kunna nå fler familjer. Samtidigt motsade sig några deltagare båda dessa modifieringar utifrån en tanke om att metodens effektivitet rörande att förändra samspel och lyhördhet då äventyras. Det är värt att ta i beaktande att VIPP-SD utvecklades och är avsedd att vara en hembesöksmetod, och det finns ytterst få dokumenterade studier där förändringar gjorts vad gäller utförandet av VIPP-SD. Till min kännedom finns det inte någon version av VIPP-SD som utförs på en mottagning. Däremot har metoden t.ex. testats i en något förenklad och kortare version för föräldrar med intellektuell funktionsnedsättning (VIPP-LD). I denna version var längden på videon-inspelningarna begränsade till 10 minuter (även för måltiderna) och ett mindre antal uppgifter utfördes. Feedback om inspelningarna och andra diskussioner ägde rum under separata hembesök (Hodes et al., 2014). En annan anpassning var att ”sensitive timeout” beskrevs mer som ett alternativ metod då piloten av VIPP-LD visade att föräldrarna lätt kom ihåg ”timeout” som disciplin-taktik, men inte andra mer interaktiva taktiker som tex distraktion (Hodes et al., 2014).

Det framkom i analysen även förslag på att istället (eller dessutom) anpassa förutsättningarna för att kunna arbeta med VIPP-SD i den befintliga verksamheten, d.v.s. att få ett tydligt mandat och sanktionerat från ledningsnivå att kunna avsätta arbetstid för att

använda sig av metoden. Ett annat förslag var att låta ett fåtal psykologer jobba med metoden och ha få andra arbetsuppgifter.

Den enhet som arbetar för Södra Älvsborg har som tidigare nämnt ett utökat uppdrag som består av att arbeta med samspelssvårigheter på en behandlande nivå. Några förslag till anpassningar rörde att göra en förändring i verksamhetens uppdrag då man ansåg att det borde finnas ett samspelsuppdrag på samtliga enheter i VGR. VIPP-SD föreslogs vara en lämplig metod för ett sådant arbete.

### **Vägar framåt - Möjligheter för implementering**

VIPP-SD är en väl beforskad metod med god evidens för att jobba med föräldrars lyhördhet och samspelet mellan förälder och barn (se t.ex. Alsancak-Akbulut et al., 2020; Cassibba et al., 2015; Juffer et al., 2005). Syftet med metoden kan alltså sägas stå i samklang med uppdraget för PMBHV i VGR. VIPP-SD omfattar dessutom sju hembesök vilket också ligger i linje med riktlinjen att 90 % av verksamhetens insatser ska understiga tio besök. Samtidigt framkommer det i studien att metoden ändå upplevs mycket omfattande och tidskrävande och därmed kanske inte passar för uppdraget i sin nuvarande form. Baserat på resultaten i denna studie skulle metoden behöva anpassas för att kunna implementeras och användas i PMBHV VGR. För att göra anpassningar av VIPP-SD, som att minska antalet besök eller göra om till mottagningsbesök, krävs det dock att dessa anpassningar utvärderas på ett strukturerat sätt i kommunikation med grundarna av metoden vid Leidens universitet.

VIPP-SD är en vidareutveckling av grundversionen VIPP. VIPP fokuserar i dagsläget enbart på lyhördhet och samspelet mellan förälder och barn mellan 6-12 månader och består av fyra till sex hembesök. VIPP-SD har, utöver det som omfattas av VIPP, även en ytterligare modul på två-tre hembesök som fokuserar på att bemöta och hantera utåtagerande beteende och riktar sig till barn 1-6 år. Att inom PMBHV inom VGR enbart använda sig av VIPP utan tillägget ”SD” skulle kunna medföra att en del av de hinder som nämnts går att komma runt eller delvis undvika. Det skulle innebära färre antal besök (fyra-fem istället för sju), möjlighet att kunna starta interventionen redan under första levnadsåret (dock längst till 12 månader) samt att man utesluter delmomentet ”sensitive time-out” som några anser vara problematiskt eller svårt att delge på ett bra sätt. Det skulle även innebära att målgruppen ändrades från att rikta sig till familjer med barn med utåtagerande beteende till den målgrupp där enbart föräldrarnas lyhördhet och/eller samspelet upplevs problematiskt. Detta skulle inte utesluta att man som psykolog använder sig av VIPP-SD vid de tillfällen man anser det motiverat. Detta

innebär inte heller ett avsteg från metodens grundidé som framhåller hembesök som arbetssätt. Det uppges i kommunikation med utbildare av VIPP-SD att det är möjligt att korta ner insatsen till enbart fem besök i de fall där behandlaren upplever att familjen tagit till sig budskapet gott nog, men att evidensen som finns i första hand gäller sju besök (Paul Dugmore, skriftlig kommunikation, 24 juli 2020).

Att i någon utsträckning kunna erbjuda VIPP/VIPP SD som intervention skulle alltså kunna vara en möjlig väg att fortsätta användandet av metoden inom PMBHV i VGR. Dessutom kan det administrativa och praktiska arbetet komma att ta mindre tid i anspråk allt eftersom psykologen blir alltmer erfaren och hemmastadd i metoden.

I tillägg till detta har enheten PMBHV Södra Älvsborg ett utökat uppdrag för samspel, jämfört med de övriga enheterna i VGR. Detta är organiserat som en specifik samspelsmottagning men även utspritt på samtliga psykologer i enheten där syftet är att nå de familjer i risk men där problemen ännu inte är alltför genomgripande. Dessa familjer kan beskrivas som ett ”mellanskikt” där problematiken är av en art där enbart samtal eller föräldrastöd i grupp inte ger fullgod effekt, men där mer omfattande insatser från Samspelsmottagningen inte är motiverat. Det borde därför vara rimligt att det finns större möjligheter att kunna erbjuda VIPP eller VIPP-SD där det är motiverat i denna enhet, oavsett hur möjligheterna till fortsatt arbete med VIPP/VIPP-SD faller ut inom övriga enheter i PMBHV i VGR. Detta var även något som lyftes fram av en deltagare i studien.

Dessa förslag för implementering rör hur metoden kan anpassas för att passa verksamheten och uppdraget. Övriga anpassningar gällande att anpassa uppdraget eller förutsättningarna i uppdraget som framkom i analysen är en fråga som behövs hanteras på ledningsnivå vid en eventuell implementering.

### **Begränsningar i studien och etisk reflektion**

Det finns ett flertal begränsningar med denna studie. För det första utvärderas en förstagångsupplevelse av en ny metod, med tät handledning som både tar tid men också ger mycket stöd jämfört med hur metoden kan tänkas upplevas efter att en viss vana infunnit sig. Det har även inneburit initiala utmaningar som att få tag i lämpliga leksaker och rätt teknik för att kunna genomföra interventionen. Manual och handledning fanns endast att tillgå på engelska, vilket innebar ett visst merarbete av översättning av sina egna skriftliga moment fram och åter mellan svenska och engelska. Detta är alltså inte helt representativt för en

eventuell senare upplevelse av metoden när man är mer erfaren och har fler förutsättningar på plats.

Det föll sig även så att studien genomfördes under en global pandemi, vilket innebar en mängd försvårande omständigheter p.g.a. de nationella rekommendationerna om social distans och stor försiktighet vid även små förkylningssymtom som infördes. Detta innebar att de flesta upplevde att interventionen kraftigt drog ut på tiden och blev mer betungande genom flertalet återbud, vilket gjorde att upplevelsen inte blev helt enligt rekommendationen att genomföra hembesöken varannan vecka och därmed genomföras på en kortare tidsrymd.

Ytterligare en begränsning i studien är det stora bortfallet framförallt på sessionsenkäterna, men delvis även gällande slutenkäten. Detta kan delvis förklaras av att flertalet psykologer inte kunde eller hann hitta en lämplig familj att använda som utbildningspatient. Detta i sin tur förklaras till stor del av att studien sammanföll med Covid19-pandemin vilket delvis ökade sjukfrånvaro och arbetsbelastning hos utförarna, samt i vissa fall minskade tendensen hos familjer att tacka ja till insatser som byggde på hembesök. Bortfallet kan även delvis förklaras av att psykologerna hade svårt att starta upp en ny, tidskrävande insats i ett redan pressat schema. Bortfallet innebär begränsningar i hur stor grad av representativitet och generaliserbarhet resultatet kan tillskrivas. Det successivt sjunkande deltagandet i sessionsenkäterna kan förklaras av att inte samtliga deltagare hann genomföra alla hembesök. Sex av deltagarna uppger att anledningen till att de inte hann starta eller genomföra hela interventionen med VIPP-SD var p.g.a. pandemin av Covid-19. Vi vet dock inte varför inte fler svarade på sessionsenkäten eller hur det kunde ha påverkat resultatet i någon riktning då fler hade genomfört de sista hembesök än antalet som svarade på de sista sessionsenkäterna. En ytterligare begränsning är också att vi inte vet exakt hur många av de 17 deltagarna som genomförde samtliga sju hembesök. Sammanfattningsvis blev svarsfrekvensen 71 % på slutenkäten, vilket ändå ger en god grundförståelse för psykologernas inställning till VIPP-SD inför en eventuell lokal implementering av metoden i PMBHV i VGR.

En fråga värd att ställa är även om valet av enkäter och innehållsanalys som metod för att svara på frågeställningarna. Kanske hade svarsfrekvensen blivit ännu högre om datainsamlingen skett t.ex. genom enskilda intervjuer eller via fokusgrupper med deltagarna. Enskilda intervjuer hade eventuellt kunnat ge mer uttömmande svar och högre svarsfrekvens genom att boka in samtliga deltagare istället för att det låg på varje enskild deltagare att logga in och svara på enkäten. Det hade samtidigt inneburit en större tidsåtgång för deltagarna att



hitta tid för detta i sin kalender, samt att en intervju sannolikt tagit längre tid än att svara på enkäten i mån av tid och utrymme. Fördelen med fokusgrupper hade kunnat vara att deltagarna även fått ta del av varandras erfarenheter och åsikter, vilket kanske utvecklat och utvidgat resonemangen kring metoden som nu skedde individuellt. Även fokusgrupper hade varit mer tidskrävande för deltagarna, och hade inneburit ännu lägre möjlighet till flexibilitet då det hade fått ske på bestämda tider. Eventuellt hade detta inte ökat möjligheten att delta i studien. Det hade även inneburit att möjligheten till att delta anonymt helt hade försvunnit.

En annan metodfråga är att direkta frågor riktades till deltagarna om förslag på modifieringar av VIPP-SD. Detta var en direkt uppmaning att fundera över detta. Frågan man kan ställa sig är om resultatet hade sett annorlunda ut om denna formulering inte användes direkt till deltagarna. Effekten kan ju bli att ”som man frågar får man svar”. Samtidigt var detta en viktig grundläggande fråga för en eventuell implementering i en ny kontext.

Frågan gällande anonymitet är en viktig aspekt. Deltagarna i studien informerades om att deltagandet var frivilligt och anonymt, samt att de kunde välja att avbryta sitt deltagande t.ex. genom att inte svara på enkäterna. I praktiken blev det dock en viss möjlighet till glapp i anonymiteten genom att det var få deltagare i studien och att anonymiteten till viss del kunde röjas genom att kollegor och chefer till deltagarna hade kännedom om vilka som gått utbildningen från varje enhet. Samtidigt går det inte att koppla enskilda resultat till enskilda deltagare. Deltagarna hade även via passivt samtycke informerats om att de kunde välja att avbryta deltagandet i studien. Samtidigt kan man fråga sig om den faktiska upplevelsen av att kunna avböja eller avbryta deltagande, då det var max fem deltagare från varje enhet och samtliga informerades om att deltagandet i studien var viktig vid eventuell implementering.

Att arbete med hembesök som metod innebär även att eventuellt känsligt material transporteras mellan mottagningarna och familjernas hem. De deltagande familjerna hade kännedom om detta och godkänt sin medverkan, men det kan innebära en risk att känsligt material röjs vid förlust t.ex. om en kamera blir stulen eller tappas bort. Detta är en risk vid de flesta metoder innehållande hembesök. I framtiden skulle detta kunna underlättas genom att väskor med kodlås el dyl. införskaffades för transport av material.

### **Förslag på framtida studier**

Detta är en studie som enbart fokuserar på psykologernas d.v.s. utövarnas upplevelse av VIPP-SD. Förslag till kommande arbeten är dels att titta mer på patientperspektivet, d.v.s. på familjernas upplevelse av metoden och hur föräldrarna och barnet tyckte att det var att delta i

metoden. Man kan i framtiden även titta vidare på effekten av metoden i svenska förhållande t.ex. genom att titta på mått som samspel, föräldrarnas lyhörddhet eller barnets beteende och mående före och efter insatsen.

En annan intressant aspekt att titta närmare på skulle vara att vidareutveckla en form av triagering, d.v.s. ett lämpligt sätt för psykologer att avgöra när VIPP/VIPP-SD passar att erbjuda som insats, och när andra metoder kan vara mer lämpade. VIP-SD är en tidskrävande metod, såväl för familjerna som för psykologen och det behövs ett systematiskt sätt att avgöra när metoden kan erbjudas och genomföras.

Ännu en aspekt att titta vidare på är att göra mer genomgripande anpassningar av VIPP-SD och se om, och i så fall hur, detta påverkar metodens effektivitet. Påverkas t.ex. effektiviteten om hembesök kan göras om till mottagningsbesök eller om antalet besök inom versionen VIPP-SD kortas ner? En möjlighet är att effektiviteten faktiskt ökar (Sundell et. al., 2016), men detta behöver undersökas vidare i framtida studier.

Två brister i studien är att det är upplevelsen av VIPP-SD under pågående utbildning som studerats (vilket innebär att det kan upplevas annorlunda när man blivit mer van vid metoden) samt att studien genomfördes under en pandemi. Framtida studier kan behövas för att undersöka behandlarnas upplevelser när erfarenheten av VIPP-SD ökat, samt hur den upplevs när en pandemi inte påverkar genomförandet.

## **Slutsats**

Idag vet vi att tidiga erfarenheter sätter spår för livet, t.ex. genom att samspelet mellan barn och föräldrar påverkar hjärncellernas kopplingar hos det lilla barnet och senare aspekter som känsloreglering och informationsbearbetning (Moore et. al., 2017). Detta i sin tur påverkar barns fortsatta utveckling och mående (se t.ex. Hwang & Nilsson, 2019). Det övergripande uppdraget för psykologer inom PMBHV i VGR är att ur ett folkhälsoperspektiv främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn i förskoleåldrarna, genom insatser till blivande föräldrar, föräldrar och barn 0-5 år. Detta uppnås bl.a. genom att erbjuda stöd kring föräldrars lyhörddhet och respons gällande sitt barns behov. Resultatet i denna studie visar att användandet av VIPP-SD kan vara en möjlig väg framåt i detta, men att det enligt psykologerna i studien i så fall krävs anpassningar av metoden, förutsättningarna eller uppdraget för PMBHV i VGR.

## Referenser

- Alsancak-Akbulut, C., Sahin-Acar, B., Sumer, N., (2020). Effect of video-feedback intervention on Turkish mothers' sensitivity and physical intrusiveness: a randomized control trial, *Attachment & Human Development*.
- Antonsson, H., Ljung-Roseke, L., (2019). *Verksamhetsberättelse HSNS 2019 – Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård*. Diarienummer: RHS 2019-00670.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M., Juffer, F., (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215.
- Bergström, M., Hjern, A., Lindfors, A., (2019) *Föräldrastöd till familjer med spädbarn – en kunskapsöversikt*. Slutrapport. Barnhälsovårdens Nationella Programråd.
- Bernhoff, A., Bryggman, M., Edfalk, H., Fagerberg, V., Johannesson, K., Lidbeck, M., Reuter, A., Ljung Roseke, L., Wulcan A-C., Arvidsson, T., (2016) *Verksamhetsbeskrivning Psykologer för mödra- och barnhälsovården i Västra Götalandsregionen*. Reviderad version augusti 2016
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Cassibba, R., Castoro, G., Constantino, E., Sette, G., Van IJzendoorn, M.H., (2015) Enhancing maternal sensitivity and infant attachment security with video feedback: An exploratory studie in Italy. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 53-61.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E. *et al.* Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci* 4, 50 (2009). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- De Wolf, M., Van IJzendoorn, M.H., (1997) Sensitivity and Attachment: A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment, *Child Development*, 68(4), 571-91.
- Hasson, H., von Thiele Schwarz, U. (2017). *Användbar evidens- om följsamhet och anpassningar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hodes, M.W., Meppelder, M., Schuengel, C., Kef, S., (2014). Tailoring a video-feedback intervention for sensitive discipline to parents with intellectual disabilities: A process evaluation. *Attachment and Human Development*, 16(4), 387-401.
- Hsieh, H-F., Shannon, S.E., (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Hwang, P., Nilsson, B., (2019). *Utvecklingspsykologi* (4:e upplagan). Stockholm: Natur & Kultur

Iles, J.E., Rosan, C., Wilkinson, E., Ramchandani, P.G., (2017) Adapting and developing a video-feedback intervention for co-parents of infants at risk of externalising behaviour problems (VIPP-Co): A feasibility study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(3), 483-499.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 263-274.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2017a). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD): Development and meta-analytical evidence of its effectiveness. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Handbook of attachment-based interventions* (pp. 1–26). Guilford Press.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M.H. (2017b). Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15, 189–194.

Juffer, F., Struis, E., Werner, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J., (2017). Effective preventive interventions to support parents of young children: Illustrations from the Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD), *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 45:3, 202-214, DOI: 10.1080/10852352.2016.1198128

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg M.J., (2018). Working with Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD): A case study. *Journal of Clinical Psychology*, 74 (8), 1–12.

Kalinauskiene, L., Cekuoliene, D., Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F. and Kusakovskaja, I. (2009) Supporting Insensitive Mothers: The Vilnius Randomized Control Trial of Video Feedback Intervention to Promote Maternal Sensitivity and Infant Attachment Security. *Child: Care, Health & Development*, 35, 613-623.

Lawrence, P.J., Davies, B., Ramchandani, P.G. (2013). Using video feedback to improve early father-infant interaction: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(1), 61-71.

Magill-Evans J, Harrison MJ, Benzies K, Gierl M, Kimak C. (2007). Effects of Parenting Education on First-Time Fathers' Skills in Interactions with Their Infants. *Fathering*. 5(1);42-57.

Moore TG, Arefadib N, Deery A, Keyes M, West S. (2017). The First Thousand Days: An Evidence Paper – Summary. Melbourne, VIC: Centre for Community Child Health, Murdoch Children's Research Institute.

- Negrão, M., Pereira, M., Soares, I., Mesman, J. (2014). Enhancing positive parent-child interactions and family functioning in a poverty sample: A randomized control trial. *Attachment & Human Development*, 16(4), 315–328.
- Pereira, M., Negrão, M., Soares, I.M.C., Mesman, J., (2014). Decreasing harsh discipline in mothers at risk for maltreatment: A randomized control trial, *Infant Mental Health Journal*, 35(6).
- Poslawsky, I.E., Naber, F.B.A., Bakermans-Kranenburg, M.J., De Jonge, M.V., Van Engeland, H., Van IJzendoorn, M.H. (2014). Development of a video-feedback intervention to promote positive parenting for children with autism (VIPP-AUTI). *Attachment and Human Development*, 16(4), 343-355.
- Poslawsky, I.E., Naber, F.B.A., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van Daalen E., Van Engeland, H., Van IJzendoorn, M.H., (2015). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP-AUTI): a Randomized Controlled Trial. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 19 (5) 588-603.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. & Marvin, B. (2014). *The Circle of Security Intervention. Enhancing Attachment in Early Parent-Child Relationships*. New York, Guilford Press
- Powell, B.J., Hausmann-Stabile, C., McMillen, J.C., (2013). Mental Health Clinicians' Experiences of Implementing Evidence-Based Treatments, *J Evid Based Soc Work*. 10(5).
- Salazar, J.G., (2015/2018). *Mothers' Sensitivity Enhancement And Its Effect On Infants Food Habits. A Rct Study In A Rural Colombian Context*. Opublicerad Doktorsavhandling, Department Of Brain And Behavioral Sciences, University of Pavia, Pavia, Italien.
- Schoemaker, N., Jagersma, G., Stoltenborgh, M., Maras, A., Vermeer, H., Juffer, F., Alink, L. (2018). The effectiveness of Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting for Foster Care (VIPP-FC): Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 6(1), 1-11.
- Socialstyrelsen. (2014). Vägledning för barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-45.pdf>
- Sundell, K., Beelmann, A., Hasson. H., von Thiele Schwarz, U., (2016) Novel Programs, International Adoptions, or Contextual Adaptations? Meta-Analytical Results From German and Swedish Intervention Research, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45:6, 784-796.
- Van IJzendoorn, M. F., Juffer, F., & Duyvesteyn, M. G. C. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(2), 225–248. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01822.x>

Vårdöverenskommelse 2020 -21 Mellan Södra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för regiongemensam hälso- och sjukvård. Datum 2019-09-25. Diarienummer HSNS 2019-00142.

Wójtowicz-Dacka, M., Miotk-Mrozowska, M., (2016). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline as a new psychological method of development support in Poland. *Polish Psychological Bulletin*, vol. 47(3), pp. 250–257.

Yagmur, S., Malda, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., (2014). Video-feedback intervention increases sensitive parenting in ethnic minority mothers: A randomized control trial. *Attachment & Human Development*, Vol 16(4), pp. 371-386.

**Hembesök 1 VIPP-SD**

Hej!

Tack för att du hjälper oss i vår utvärdering av VIPP-SD genom att svara på dessa tre frågor. Mvh Veronika och Johanna

1. Hur var din generella upplevelse av hembesöket?

1 2 3 4 5  
Negativ Positiv

2. Hur var din generella upplevelse av genomförandet av hembesöket?

1 2 3 4 5  
Svårt Lätt

3. Hur var din upplevelse av det praktiska/administrativa arbetet med filmen, loggbok och script?

1 2 3 4 5  
Svårt Lätt

4. Lämna gärna kommentarer gällande frågorna (tex vad som var negativt/positivt, svårt/lätt):

Hej!

Tack för att du hjälper oss genom att fylla i denna 5-15 minuters enkät. Genom att svara på denna slutenkät ges du möjlighet att påverka det eventuella fortsatta användandet inom vår verksamhet. Dina svar kommer att hanteras anonymt och analyseras på gruppnivå. MVH Veronika och Johanna

1. Vad tycker du om VIPP-SD som metod?
2. Hur har det varit för dig att genomföra en VIPP-SD-intervention?
3. Anser du att VIPP-SD passar för verksamheten och uppdraget för PMBHV i VGR?  
(Varför/varför inte?)
4. Skulle du vilja använda dig av VIPP-SD inom vår verksamhet? Varför/varför inte?
5. Behövs det några anpassningar av VIPP-SD om metoden ska användas i vår verksamhet? I så fall vilka?
6. Övriga tankar?
7. Hur många hembesök har du genomfört? Välj ett svar:  
1    2    3    4    5    6    7    8 eller fler (tex extrabesök)
8. Om du inte har genomfört alla 7 hembesök, vad beror det på och avser du slutföra interventionen?
9. Vilken enhet jobbar du på?
10. Ålder, Välj ett svar:  
20-29    30-39    40-49    50-59    60-69
11. Antal år inom MBHV, Välj ett svar:  
<2 år    3-5 år    6-10 år    11-15 år    16-20 år    >20 år