

Hälften av de yngre av med diagnosen efter nio månader

Sammanfattat

- Under de senaste tio åren har en ny specialverksamhet inom de psykiatriska specialiteterna vuxit fram, ätstörningsteam.
- Verksamheten i Göteborg har funnits i fem år och i artikeln redovisas patientmaterial i form av nybesök, diagnoser och besöksfrekvens. Vidare redogörs för ett par av de projekt som pågår vid enheten.
- Preliminära resultat för unga patienter med ätstörning visar att verksamheten har goda resultat och därmed legitimerar sin verksamhet som specialenhet.
- Svårigheterna att fungera utan slutenvård, med stor vårdkonsumtion och främst för patienter med anorexi över 18 år, redovisas.

FOTO: ANNA-KARIN LARSSON/SU ÖSTRA

Besök på mottagningen. Artikelförfattaren Ninni Hjalmers till höger. Övriga personer har inget samband med innehållet i artikeln.

Anorexi-bulimimottagningen vid verksamhetsområde barn- och ungdomspsykiatri, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Östra, firar i år sitt femårsjubileum.

Efter många års diskussioner och utredningar fattades hösten 1993 beslut i

Författare

NINNI HJALMERS

överläkare, Anorexi-bulimimottagningen

ANDERS BROBERG

docent, forskningspsykolog

LAURI NEVONEN

fil lic, socionom vid Anorexi-bulimimottagningen; samtliga vid verksamhetsområde barn och ungdomspsykiatri, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg.

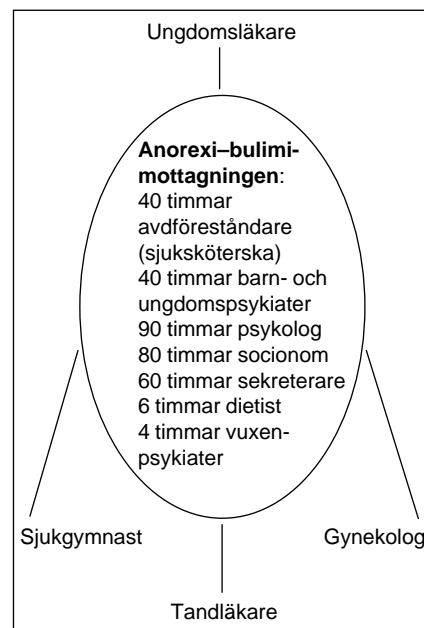
Göteborgs sjukvårdsstyrelse om etablerande av en ny enhet. Ekonomiska medel beviljades via kommunstyrelsen. Medel tillfördes även från Göteborgs två vuxenpsykiatriska kliniker.

Vården i Göteborg för vuxna patienter med ätstörning var tidigare ännu mer svårtillgänglig än för ungdomar och inte heller anpassad till denna patientgrupp.

Patienter med anorexi och bulimi och deras föräldrar började kräva resurser för mer specialiserad vård. Allt fler rapporter visade på somatiska och psykiska komplikationer av såväl anorexi som bulimi, och därmed ökade trycket på ett mer allsidigt omhändertagande av både kropp och själ.

Vidare har ätstörningar visat sig vara en realitet som inte avtar utan tvärtom ökar, i alla fall vad gäller bulimi och ätstörningar utan närmare specifikation [1].

Bulimi är en relativt ny diagnos och



Figur 1. Anorexi-bulimimottagningens sammansättning.

Tabell I. Antal nybesök och antalet avslutade behandlingar under fem år. Första året fördes ingen statistik på avslutade behandlingskontakter. 20 stycken, knappt 5 procent av totalantalet för hela perioden av nybesök, är män.

Ålder	1994	1995	1996	1997	1998	Totalt
0–12	1	7	3	3	6	20
13–17	8	17	23	30	26	104
18–25	60	62	67	72	67	328
Totalt	69	86	93	105	99	452
Avslutade behandlingar		57	94	78	96	

fick en enhetlig beskrivning först i slutet av 1970-talet [2], vilket gjort att sjukvården haft svårt att följa med i det nya sjukdomspanoramats vid ätstörningar.

Vår enhet som är en öppenvårds-mottagning förlades till barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid Östra Sjukhuset. Enheten dimensionerades resursmässigt från början för cirka 60 nybesök/år. Patienter under 25 år tas emot. 25-årsgränsen har livligt diskuterats i flera sammanhang. Patienter äldre än 25 år har ofta annan psykiatrisk komorbiditet, som gör att behovet av slutenvård och rehabilitering är större i denna grupp. En så liten ätstörningsenhet utan dagvård, slutenvård eller rehabiliteringsresurser skulle inte kunna ta emot denna äldre patientgrupp.

Mottagningens personal

Personalbemanningen byggdes upp efter barn- och ungdomspsykiatrisk modell, men med en sjuksköterska som avdelningsföreståndare samt krav på steg 2-utbildning i psykoterapi för behandlande personal. Såväl familje- som individualterapeutisk inriktning finns representerad. Mottagningens personal har även genomgått påbyggnadsutbildning i kognitiv terapi.

Till mottagningen knöts även fasta konsulter, som dietist och vuxenpsykiater – båda med verksamhet på mottagningen, sjukgymnast, gynekolog samt barn- och ungdomsmedicinare, till vilka patienter remitteras. Med de tre sistnämnda sker gemensamma träffar ett par gånger/år. Även sjukhusets tandläkare finns med som en mer löst knuten konsultfunktion.

Efter diverse omdisponeringar av befintliga medel och ett visst tillskott fungerar mottagningen idag enligt Figur 1.

Verksamhetens början

Efter att det politiska beslutet fattats, men innan enheten börjat fungera,

strömmade remisser och nyanmälningar in. Efter ett par månader hade vi över 100 patienter på väntelistan. Den stora hittills okända gruppen av unga kvinnor med bulimi hörde nu av sig. Aldrig hade vi kunnat drömma om att de var så många. Vi förvånades även över att det var så många flickor över 18 år som hörde av sig.

Ingen av oss hade annat än i undantagsfall arbetat med patienter över 18 år med ätstörning. Ingen av oss hade någon erfarenhet av bulimipatienter. Däremot hade vi lång barn- och ungdomspsykiatrisk erfarenhet, och en av oss hade arbetat länge inom vuxenpsykiatri.

För att skaffa kunskap i starten gjorde vi därför studiebesök hos andra enheter i Sverige och även hos kända enheter i Belgien och Toronto.

Göteborgs nya mottagning var ett försök att ge patienter med ätstörning behandling fokuserad på ätbeteendet kombinerat med övriga terapeutiska insatser.

Det är välkänt att patienter med anorexi har svårt att söka vård eftersom

man har en ambivalent inställning till att bli av med sina symtom, det vill säga symtomen är i hög grad egosyntona.

Särskilda ansträngningar behövde därför riktas mot att motivera dessa patienter. Vi bestämde därför att inte ha något remissvång samt att sjuksköterskan skulle ha ett intensivt motiveringsarbete med patienter i telefon samt rådgivning till anhöriga och till exempel skolsköterskor.

Inom vuxenvården bygger relationen mellan patient och behandlare huvudsakligen på att patienten själv söker vård och att patientens behov av sekretess respekteras genom att föräldrar och anhöriga hålls utanför om patienten så önskar.

Vår patientgrupp är ung och vi ville därför få med anhöriga i större utsträckning än vad som är vanligt inom vuxenpsykiatri, dels därför att vi behöver föräldrars hjälp med motivation och påtryckning, dels därför att patienterna ofta bor kvar hemma och föräldrarna med eller mot sin vilja blir indragna i matproblemen. Man får även god information av föräldrar om patientens eventuella särdrag och utveckling från barndomen, vilket patienten sällan själv kan ge.

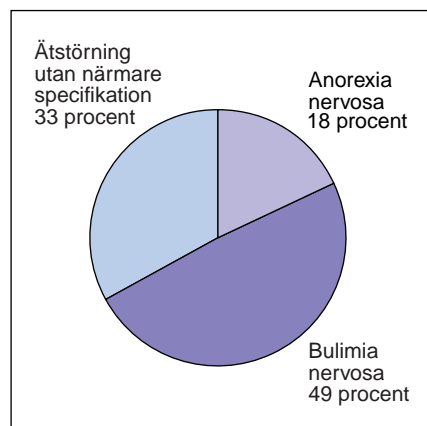
Behandlingskontakter, ålder, kön och diagnos

Vi har ända sedan starten bland annat registrerat antalet patienter, diagnos och antal besök/patient för att få en beskrivning av patientpopulationen.

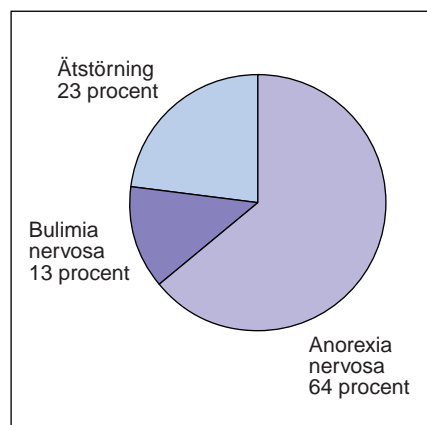
I Tabell I anges antal nybesök, avslutade behandlingskontakter samt ålders- och könsfördelning under åren 1994–1998. Med nybesök avses en för mottagningen ny patients första besök. I gruppen avslutade behandlingskontakter ingår de patienter som avbrutit kontakten med mottagningen innan de fått tre besök, sammanlagt 10 procent av alla nybesök. Inga patienter har efter nybesök hänvisats till annan behandling såvida det inte varit del av mottagningens behandlingsplanering, som till exempel inläggning vid medicinsk eller psykiatrisk vårdavdelning.

Under denna femårsperiod har endast en handfull patienter återkommit efter avslutad behandling, och innan de fyllt 25 år, och har då inte räknats som nybesök. Patienter med huvudsakligen annan psykiatrisk problematik än ätstörning har redan i telefon eller via remittören hänvisats till vuxenpsykiatri.

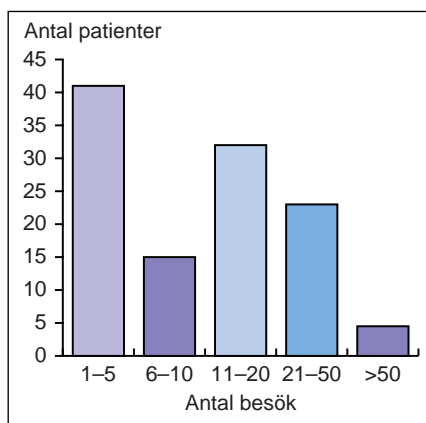
Alla patienter som har en allvarlig ätstörning som huvudproblem och söker barn- och ungdomspsykiatri i Göteborg hänvisas till Anorexi-bulimimottagningen. Fler yngre patienter har sökt behandling de senaste



Figur 2. Diagnosfördelning enligt DSM IV för nybesök av patienter över 18 år 941101–971101. N = 137.



Figur 3. Diagnosfördelning enligt DSM IV för patienter 13–17 år gamla, nybesök. N = 64.



Figur 4. Antal besök av patienter under 18 år avslutade före 990101. N = 115.

åren. Kanske har det funnits många patienter över 18 år som tidigare inte haft någonstans att vända sig och därför sökte hjälp i början av vår verksamhet.

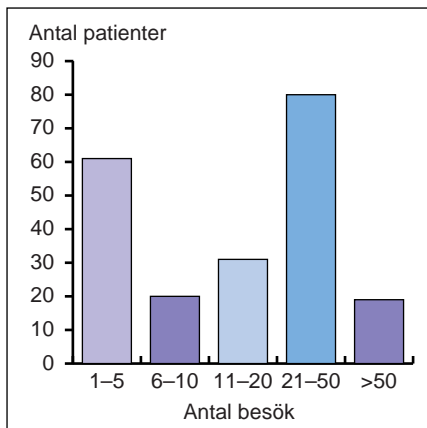
Det tog också ett tag innan det blev självklart inom den allmänna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Göteborg att skicka alla patienter med anorexi under 18 år till vår specialenhet.

Stort arbete har lagts ner på information och kontakt med andra vårdgivare för att få remittering och hänvisning till vår enhet så smidigt och effektivt som möjligt.

Detta har skett genom öppet hus, studiebesök på mottagningen och information till andra vårdgivare. Kontakt har bland annat skett med skolsköterskor, elevvårdspersonal, lärare, allmänläkare, barn- och ungdomsläkare, gynekologer, dietister, ungdomsmottagningar samt med vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

Mellan 941101 och 971101 gjordes en fortlöpande registrering av diagnoser för alla patienter, 18–24 år, vilken redovisas i Figur 2.

Alla 13–17 år gamla patienter, sam-



Figur 5. Antal avslutande besök före 990101 för patienter över 18 år. N = 213.

manlagt 64 stycken, som kom som nybesök till mottagningen under perioden 960101–981231 erbjöds delta i projekt SAMÅT, där sex enheter i Sverige deltar. Varje patient följdes upp, med intervju och olika frågeformulär, vid fyra tillfällen under tre år. I Figur 3 redovisas diagnos vid nybesök av patienterna i detta projekt.

Besök på mottagningen

Före ett nybesök gör sjuksköterskan en noggrann kartläggning per telefon av patientens symtom, så att patienten placeras rätt på väntelistan eller hänvisas till annan vårdinstans. Det innebär att en god sällning sker, varför så gott som alla som kommer på sitt första besök börjar i behandling omgående. Enstaka patienter väljer att vänta ytterligare en termin då man får veta att gruppbehandlingen innebär besök på mottagningen en speciell tid på kvällen varje vecka.

Besöken består av såväl individuella kontakter som familjekontakter i olika konstellationer samt gruppbehandling.

I Figur 4 och Figur 5 anges antalet besök på mottagningen för patienter vilkas behandling avslutats under tiden april 1994 till december 1998. Besök hos somatisk läkare och dietistkontakter är inte medräknade.

Patienter över 18 år har en förskjutning mot fler än 20 besök, medan de yngre patienterna oftare klarar sig med färre än 20 besök. Det stämmer väl med vår erfarenhet att patienter över 18 år, och särskilt de med anorexi, förefaller ha en mer komplicerad symptomatologi som kräver mer behandling.

Endast cirka 10 procent av patienterna avbröt sin behandling efter färre än tre besök. Har patienterna väl kommit igång med behandlingen är det ovanligt att patienten slutar utan överenskomst med behandlaren.

Utredning och behandling

Vi de första besöken tas noggrann anamnes med tonvikt på matbeteende och förekommande komorbiditet, framför allt depression och obsessiva/kompulsiva symtom. Även familjeanamnes och personlighetsutveckling går igenom. För patienter med anorexi skrivs remiss till vår konsultläkare, specialist i barn- och ungdomsmedicin. Kroppsundersökningen är nödvändig med tanke på de många somatiska symtom som finns och för att minska framtida fysiska men [3, 4].

Noggrann information ges med användning av bildmaterial som sammanställs på mottagningen. Därefter följer diskussion och planering av fortsatt behandling. Den diskussionen fortsätter under hela behandlingstiden, särskilt

Teman att arbeta med vid anorexia nervosa:

- häva svälten,
- öka vikten,
- uppnå ett normalt ätbeteende
- öka kunskap om sjukdomen och om dess inverkan på kropp och själ,
- minska ångest,
- minska nedstämdhet,
- öka självkänsla i och utanför familjen,
- öka kunskap om sina egna känslor och lära sig uttrycka dem,
- öka förmåga att förstå andra och läsa av andra,
- lära sig hantera egna behov kontra andras,
- få fungerande relationer till familjen och vänner.

för patienter som är ambivalenta under lång tid.

Behandling för de olika grupperna kan grovt indelas enligt följande:

Anorexia nervosa under 18 år: För patienter under 18 år räcker det ofta med att föräldrar vill söka hjälp. Patienten kommer oftast motvilligt med. Vi får backa upp och stödja föräldrar i en situation med en arg, skrikande tonåring som inte vill komma eller som vill lämna mottagningen. Föräldrar kan vara osäkra på hur stor påtryckning man ska utöva och om man gör rätt.

Så småningom lyckas vi oftast få en behandlingsallians. Efter ett par månader är behandlarna åtminstone eniga med tonåringen om att det finns ett problem, även om man inte är ense om lösningen. Tilltron till att man får mer kraft och ett större välbefinnande med ökad vikt och andra matvanor är ett långt och trögt arbete. Samtalen i början lägger tonvikt på att föräldrar stöds i att lägga upp mat och öka kalori-mängden. Tonvikt i behandlingen läggs på viktrestitution och normaliserat ätbeteende. Alla patienter vägs regelbundet – i början som regel en gång per vecka. En viktuppgång på 2–4 kg/månad eftersträvas, men kan många gånger vara svår att få till stånd i början av behandlingen.

Vi har fått in en stabil hantering av vägningsmomentet så att protester och oro kan hanteras utan för stora konflikter och ångest.

Det är även viktigt att få en normal måltidsordning. När flickorna kommer till oss äter de cirka 800 kcal om dagen, uppdelat på högst två mål dagligen. Frukt i stora mängder, särskilt äpplen, är vanligt. Atmosfären i familjen är spänd och alla tassar på få för att minska konflikterna kring mat.

Det är därför ett svårt arbete för be-

ANNONS

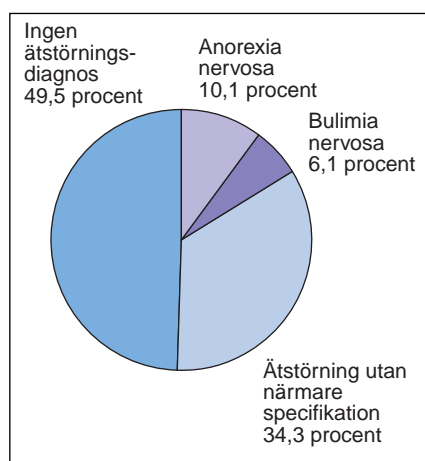
handlare och föräldrar att gå emot anorexins kraft. De flesta föräldrar klarar dock detta med stöd och ökad kunskap om anorexi och om vad som är åldersadekvat beteende [5]. Medan anorexi för familjen är ett tillstånd man vill bli av med är det för patienten en lösning och inte alltid något man vill bli frisk från [6].

En del flickor har ett mycket stelt tankemönster och problem vid kontakt med andra människor. Oftast behövs, utöver arbetet med mat och vikt, arbete med självkänsla och med förmåga att hantera relationer. De teman vi arbetar med presenteras i Ruta. Vi visar patient och föräldrar denna text och går även senare igenom den för att se vad vi behöver arbeta med. Det viktigaste är alltid att arbeta med svälten och få en viktuppgång i början av behandlingen. Denna fas kan vara upp till ett år i svåra fall.

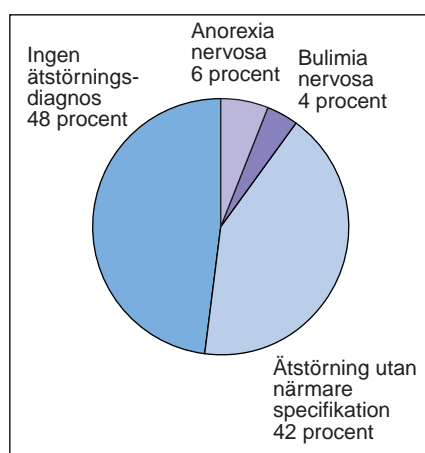
Komorbiditet med depression och uttalade obsessiva/kompulsiva symtom samt suicidtankar/-handlingar förlänger och försvårar förloppet. För dessa patienter krävs en tålmodig och långsiktig behandling. Samtidigt är det för behandlarna frustrerande att se mycket unga patienter lågviktiga under lång tid, då man vet att tillväxten avstannar och osteoporosrisken ökar [7]. Likaså avstannar den emotionella och sociala utvecklingen i en period då mycket händer i en ung människas liv. Ibland kan man trots denna vetenskap inte forcera behandlingsförloppet.

I vissa familjer finns skilsmässokriser, dödsfall samt andra barn med såväl psykiatriska som somatiska sjukdomar. Det är sedan tidigare visat [8] att ökat antal negativa livshändelser finns i familjer med ett barn med ätstörning. Depression och ätstörning eller andra psykiska funktionshinder hos föräldrar gör att behandlingsalliansen ibland försvåras och behandlingsföljsamheten sjunker. Behandlingen pågår mellan sex månader och två år. Ett utarbetat kompendium för anhöriga finns vid mottagningen [9].

Anorexia nervosa över 18 år: Patienter över 18 år behöver lång behandlingstid, 2–4 år, och mer av arbetet och ansvaret får läggas på patienten själv, men i övrigt följer arbetet med vikrestitution, vägning och relationer samt självförtroendeträning samma schema som för de yngre. Då många patienter fortfarande bor hemma eller har nära kontakt med föräldrarna har vi oftast med föräldrarna i behandlingen. De kan vara gott stöd för patienten och kan även hjälpa till genom att vara bestämmda i måltidssituationer, till exempel vad gäller portionsstorlek. Detta är den mest svårbehandlade patientgruppen på mot-



Figur 6. Diagnosfördelning enligt DSM IV 18 månader efter nybesök för patienter över 18 år. N = 99.



Figur 7. Diagnosfördelning enligt DSM IV för patienter 13–17 år gamla efter nio månaders behandling. N = 54.

tagningen, vilket även stämmer med internationell erfarenhet.

Bulimia nervosa under 18 år: Denna grupp är liten, mindre än fem procent av patienterna under 18 år, en grupp som varit relativt ökand tidigare. Behandlingen liknar den för anorexi, men ofta är patienterna mer motiverade till förändring och kan i större utsträckning än anorexipatienterna arbeta med maten med eget ansvar. Behandlingstiden är ofta kortare än för anorexipatienterna.

Bulimia nervosa över 18 år: Bulimia nervosa-patienter över 18 år utgjorde en större patientgrupp än vad som förväntades då mottagningen öppnade. Väntetiderna ökade och blev som längst 1–1,5 år. Behandlingen bestod främst av psykodynamiskt inriktad terapi kombinerad med samtal kring mat.

Det fanns behov av nya effektivare metoder för att påverka symtomutvecklingen samt av minskade väntetider.

Fyra personer vid enheten utvecklade

de en sekvenserad gruppsykoterapimodell för patienter med bulimia nervosa och utvärderade denna i ett pilotprojekt. Pilotstudien visade att ätstörningssymtom samt generell psykopatologi, depression och interpersonella problem signifikant förbättrades från före till efter behandling [10]. Detta har numera lett till ett pågående forskningsprojekt, bulimiprojektet, där patienter lottas till kombinerad »sekventiell gruppsykoterapi» eller individualbehandling [11].

Gruppbehandlingen består av 23 sessioner (i början två gånger/vecka) med åtta patienter och två terapeuter. Tio sessioner i första fasen innehåller kognitivt beteendearbetande terapi, med fokusering på ett förändrat ätbeteende och föreställningar om vikt och bantning. Därefter följer en individuell session där en utvärdering av den första delen görs och där patienten förbereds för den interpersonella terapin, som fortsätter i samma grupp. Den interpersonella terapin fokuserar på aktuella interpersonella problem kring rollförändringar, sorg, brister i socialt nätverk och viktiga relationer [12, 13].

Gruppbehandlingen är manualbaserad, vilket möjliggör likartad behandling för varje ny grupp.

De åtta patienter som lottats till individualbehandling går under en termin hos en terapeut i en kognitiv beteendearbetande behandling, med tonvikt på mat och kroppsuppfattning. Vid behov sker en mer interpersonell behandling, på liknande sätt som vid gruppbehandlingen.

De flesta patienter uttrycker stor tillfredsställelse med att känna att terapeuten har ett mål och en mening samt en konsekvent hållning i behandlingen när detta också kopplas till förståelse för patientens symtom och situation. Alla som ingår i bulimiprojektet följs upp vid tre tillfällen under tre år.

Övriga ätstörningar: Så kallad ätstörning utan närmare specifikation kan vara nog så vårdkrävande, särskilt i kombination med övrig psykopatologi. Om patienterna är över 18 år erbjuds de att gå in i det så kallade bulimiprojektet om kriterier för detta uppfylls. De som inte vill vara med eller inte uppfyller kriterierna för projektet får samtalsbehandling med huvudsakligen kognitiv inriktning.

För alla grupper kan psykofarmaka behövas i perioder och då är det huvudsakligen serotoninåterupptagshämmare som gäller. Bulimipatienter blir ofta deprimerade då de gått i behandling och fått bättre ordning på maten. Ett av kriterierna för att patienter ska kunna ingå i bulimiprojektet är att inte äta antidepressiv medicin vid antagandet, varför antidepressiva läkemedel endast an-

vänds på indikation depression och efter att man börjat sin terapeutiska behandling. När anorexipatienter gått upp i vikt återkommer känslolivet, och därmed även nedstämdhets känslor och depression. Tvångssyndrom som kräver medicinerings förekommer också.

Konsultfunktioner

Framför allt anorexipatienterna följs regelbundet av vår barn- och ungdomsmedicinska konsult, dels för att inte allvarliga försämringar med behov av inläggning ska missas, dels för samtal kring kroppen och psykopedagogisk information till patient och anhöriga.

Även bulimipatienter har bekymmer med framför allt mag-tarmproblem, elektrolytrubbningar och parotit.

Karies och gingivaskador kan remitteras till sjukhusets tandläkare, som vi samarbetar med.

Barnkliniken sjukgymnast ger avslappningsövningar och kroppskännedomsträning i förekommande fall. Detta utnyttjas av ett fåtal patienter.

Gynekologen har visat sig vara en uppskattad konsult, där patienter med olika former av ätstörning kan diskutera gynekologiska problem och inte minst ambivalensen inför att få regelbunden menstruation.

Diätisten har regelbunden mottagning på vår enhet varje vecka och tar hand om patienter som kommit en bit på väg med sina matproblem. Anorexipatienter kan i början av sin behandling sällan tillgodogöra sig de råd de får eftersom deras anorektiska sida ofta sällar informationen. De drar till exempel slutsatser om att de behöver minimalt antal kalorier och att man kan hoppa över måltider. Om anhöriga följer med kan informationen användas bättre. Vi behandlare kan ofta notera hur olika man tagit till sig råden!

Bulimipatienter kan ofta ta till sig rådgivningen tidigare i behandlingen och på ett mer nyanserat sätt.

Vuxenpsykiatern gör bedömning av patienter över 18 år med svårare depression eller annan komorbiditet och som kan behöva psykofarmaka. Vederbörande bedömer även patienter med allvarlig psykopatologi, som efter långvarig (1–2 år) behandling inte alls eller bara delvis förbättrats och kan behöva överföras till vuxenpsykiatri.

Behov av slutenvård för anorexi

Som inläggningskriterier för anorexi gäller lågt BMI (body mass index), snabbt sjunkande vikt, långdragen låg vikt före eller under behandling, somatiska komplikationer, som diabetes, återfall samt suicidtankar/-risk och sviktande föräldrar. BMI < 14 är abso-

lut intagningskriterium och BMI < 15 ofta kriterium för intagning tillsammans med övriga kriterier, till exempel långdragen låg vikt eller behandlingssvikt i öppenvård.

För patienter över 18 år finns ett utarbetat vårdprogram [14] vid en medicinsk vårdavdelning. Här läggs patienter in direkt för sondmatning enligt särskilt schema. Inläggning sker då på grund av låg vikt eller somatiska komplikationer enligt ovan. Regelbunden kontakt med besök från vår mottagning upprätthålls under inläggningstiden så att öppenvårdskontakten sedan kan fortsätta utan uppehåll.

Mellan april 1994 och december 1998 har 37 patienter över 18 år fått diagnosen anorexia nervosa. Av dessa har nästan hälften behövt medicinsk slutenvård då de varit extremt underviktiga, med BMI under 15.

Vidare behövde flera av dessa patienter psykiatrisk slutenvård eller behandlingshem. Totalt sett behövde 75 procent av patienterna i denna grupp någon form av slutenvård, en mycket vårdkrävande grupp således.

I hela vårt patientmaterial under tiden 940401–981231 behövde 15 procent slutenvård.

Mottagningen får vid behov av inläggning av psykiatriska skäl använda sig av ett par specialenheter i Västra Götaland. Dels har dessa enheter få platser, dels är det långa resvägar vilket gör det besvärligt för patienten och även svårt i samarbetet mellan mottagningen och dessa enheter. Ofta behövs en hel del motivationsarbete för att få patienten till behandlingshem, och vid långa väntetider finns risk för att motivationen försvinner.

För patienter under 18 år finns ett vårdprogram vid barn- och ungdomspsykiatriska verksamhetsområdets akutavdelning. Patienterna kan även vid behov sondmatas på denna avdelning. Kontakten med anorexi-bulimiteamets behandlare fortsätter under hela inläggningstillfället. Ansvarig läkare för inläggningen är mottagningens överläkare. Ofta är avdelningen överbelagd och patienter med olikartade symtom och svårighetsgrad vårdas tillsammans, vilket gör att vården upplevs otillräcklig av såväl patienter och föräldrar som avdelningspersonal.

Det är därför önskvärt med dag-/slutenvård kopplat till mottagningen, vilket flera övriga öppenvårdsenheter i Sverige har.

Uppföljning

Av de ovan redovisade 137 patienterna över 18 år, där ätstörningsdiagnos satts vid nybesök, kunde uppföljning göras av 99 patienter, vilket visas

i Figur 6. Bortfallet utgörs av 38 patienter (28 procent), som inte kom till uppföljningsbesöket. Hälften av de patienter som kunde följas upp hade inte längre någon ätstörningsdiagnos. Mer bearbetning av materialet kommer att ske då uppföljning vid 36 månader är färdig.

I Figur 7 visas diagnos för de yngre patienterna i SAMÅT-projektet nio månader efter nybesök. Några ville inte längre delta i projektet och några gick bara att följa upp delvis per telefon, sammanlagt tio patienter (16 procent).

Mindre än ett år efter påbörjad behandling har nära hälften inte längre någon ätstörningsdiagnos. Det behöver inte innebära att de är helt friska, men i varje fall är vikten normal och det somatiska tillståndet inte lika allvarligt längre.

Behov av att utveckla behandlingsmetoder

Ätstörningar generellt har ökat under senare år varför behandlingsmetoder behövt utarbetas. Behovet av en ätstörningsenhet i Göteborg har därför varit stort och öppnandet av mottagningen var efterlängtat. Framför allt kvinnors psykiska hälsa har därmed uppmärksammats.

Ätstörning och framför allt anorexi är en allvarlig diagnos som ställer behandlare på hårda prov. Det är en tung patientgrupp som få ännu vill ta sig an. Ängestnivån hos patient och även anhöriga är hög och kravet på engagemang och tillgänglighet hos behandlaren är stort.

Genom att en specialenhet etableras kan metodutveckling och erfarenhet samlas varvid kompetensen höjs. Förtroendet från patienter och föräldrar stärks därmed. Rådgivning, konsultation och handledning kan ges till andra enheter. För att arbeta med grupper av patienter och anhöriga behövs en stor grupp patienter så att nya arbetsmetoder kan etableras. Då ökad kunskap samlas effektiviseras också arbetsmetoderna och forskning kan stimuleras. Det terapeutiska arbetet, med inriktning på kognitiv beteendeterapi, har upplevts som mycket effektivt av mottagningens behandlare. Det är en stor tillgång att kunna integrera flera terapeutiska metoder ty annars tenderar det att bli som Mark Twain sade: »Om hammare är det enda verktyg man har blir det spik av allt man ser.»

Tyvärn avsatte inte sjukvårdsstyrelsen tillräckligt med ekonomiska resurser från början för att en vårdkedja med såväl öppen- och dag- som dygnet runt vård för alla patienter med svår ätstörning skulle kunna etableras.

Det har framför allt fört med sig att

en del patienter inte har kunnat få erforderlig dag-/dygnet runt vård. Vi har fått bolla med ett antal lösningar som till exempel ökad öppenvårdskontakt till två besök/vecka eller dagvård/behandlingshem på längre avstånd från hemorten. Patienter och anhöriga har blivit frustrerade, besvikna och arga över att adekvat vård inte alltid kunnat erbjudas. Många har reagerat på att den psykiatriska slutenvård som erbjudits inte varit riktad till denna patientgrupp utan även till andra med annan psykiatrisk problematik. Detta har inneburit att mycket kraft och energi för teampersonalen tagits från ett mer konstruktivt arbete som skulle löpt smidigare om en adekvat vårdkedja funnits.

Fram till mitten av 1999 har cirka 500 patienter erbjudits vård, varav 85 procent har kunnat hanteras i öppenvård. Inga dödsfall har inträffat under denna tid. De långsiktiga resultaten för förbättring och tillfrisknande är fortfarande under uppföljning.

Det behövs mer forskning och större diskussion kring behandlingsmetoder framöver. För närvarande prövar sig många fram och flera olika metoder erbjuds. Patienter letar ofta efter den minst krävande metoden precis som patienter med allvarliga somatiska sjukdomar hoppas att det ska finnas en mindre besvärlig behandling för sin åkomma.

Förhoppningsvis ska en patient med ätstörning, med eller utan övriga problem, få ungefär samma typ av omhändertagande var man än söker framöver. Det gör det tryggare för patient och anhöriga att veta mer om gängse effektiv behandling så man slipper leta land och rike runt, vilket försenar och förhindrar läkning.

Referenser

1. Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Schebenbach J et al. Eating disorders in adolescents: A background paper. *Journal of Adolescent Health* 1995; 16: 420-37.
2. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979; 9: 429-48.
3. Ringskog S. Somatiska komplikationer vid anorexia och bulimia nervosa. *Läkartidningen* 1999; 96: 882-6.
4. Herzog W, Deter HC, Fiehn W, Petzold E. Medical findings and predictors of longterm physical outcome in anorexia nervosa: a prospective 12 year follow up study. *Psychological Medicine* 1997; 27: 269-79.
5. Broberg A. Den anorektiska familjen – ett föräldrat begrepp. *Läkartidningen* 1993; 90: 450-3.
6. Råstam M, Gillberg C, Gillberg IC. Två sidor finns inom patienten: Den ena vill bli frisk, den andra kämpar emot. *Läkartidningen* 1998; 95: 1932-6.
7. Serpell L, Treasure J. Osteoporosis – a serious health risk in chronic anorexia nervosa. *European Eating Disorders* 1997; 5 (3): 149-57.

8. Maria Råstam. Anorexia nervosa in Swedish urban teenagers [dissertation]. Göteborg: Göteborgs universitet, 1990.
9. Hjalms N. Information och råd till anhöriga vid anorexia nervosa. Göteborg: SU/Östra, 1998.
10. Nevenon L, Broberg AG, Lindström M, Levin B. A sequenced group psychotherapy model for bulimia nervosa patients: A pilot study. *European Eating Disorders Review* 1999; 7 (1): 17-27.
11. Broberg AG, Nevenon L. Kombinerad gruppsykoterapi vid bulimi: en kontrollerad studie. Stockholm: Vårdalstiftelsen, 1998.
12. Polivy J, Federoff I. Group psychotherapy. In: Garner DM, Garfinkel PE. *Handbook of treatment for eating disorders*, second edition. New York: The Guilford Press, 1997.
13. Wilfley DE, Agras SW, Telch FC, Rossiter M, Schneider JA, Cole A et al. Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual, a controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy* 1993; 61 (2): 296-305.
14. Kaczynski J, Engström G, Ryno L, Denison D. Handläggning av anorexia nervosa vid medicinska kliniken SU/Östra. Göteborg: Medicinska kliniken SU/Östra, 1998.

Summary

Experience of five years at an anorexia and bulimia clinic; half of younger patients recovered from their diagnosis after nine months

Ninni Hjalms, Anders Broberg, Lauri Nevenon

Läkartidningen 2000; 97: 2738-44.

We present patient data including diagnosis, follow-up and number of sessions. Data for patients 18-25 years of age with anorexia nervosa are also presented. Treatment methods for the various eating disorders are presented. Two projects are presented, one for patients 13-18 years of age and another one for bulimic patients over 18 years. Half of patients 13-18 years of age did not fulfill criteria for an eating disorder at follow-up nine months after the initial session.

Correspondence: Ninni Hjalms, Anorexia-bulimia clinic, SU/Östra, SE-416 85 Göteborg, Sweden.

E-mail: bup.anorexibulimi@sahlgrenska.se

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Priset är 55 kr.

Enligt min erfarenhet



Beställer härmed.....ex av "Enligt min erfarenhet"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

**Insändes till LÄKARTIDNINGEN
Box 5603
114 86 Stockholm**

Faxnummer: 08-20 74 35

**www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker**