

Maiken Fjelkegård, barn- och ungdomspsykiater, SCÄ
Else Marie Olsen, barn-och ungdomspsykiater, PhD,
Köpenhamn
Yvonne von Hausswolff-Juhlin, handledare, psykiater,
docent, verksamhetschef SCÄ



Varför är detta viktigt?

- Få studier har undersökt effekten av behandling i heldygnsvård av denna patientgrupp
- I öppenvårdsbehandling av barn och ungdomar med ätstörningar har FBT och MFT störst evidens (J. Lock et al 2011, S.Knatz et al, Eisler 2015)
- Heldygnsbehandling är ett stort ingrepp i en ung persons liv



Syftet med projektet

- Att undersöka om det är någon skillnad i effekten av behandling i heldygnsvård av unga anorektiska patienter om föräldrarna aktivt involveras i behandlingen
- Effekt evaluering:
 - inläggningstid
 - återinläggningar
 - Viktökning
 - Återgång till skola



Metod

- Kliniska data
 - 1/7 2012 till 31/12 2013
 - Familjevårdsavdelningen SCÄ Stockholm
 - Den specialiserade avdelningen för anorektiska barn/ungdomar, BUP Center Bispebjerg Köpenhamn
 - vid tidpunkten för inläggning
 - efter 10 veckor
 - efter 6 månader
 - efter 12 månader



Vilka data samlades in?

Familje-variabler		
Sociala data	Somatisk/ psykiatrisk sjukdom	ED i familjen
Individuella variabler		
Ålder	Kön	ED-diagnos
ED varaktighet	Vikt/längd	Menstruation
Komorbidity	Kompenserande beteende	Inläggningstid
Återinläggning	Medicinering	Tvångsbehand- ling
Tillbaka i skolan	Kontakt med socialtjänst	

Skillnader - likheter

Skillnader	
Stockholm	Köpenhamn
Föräldrar har ansvar	Personal har ansvar
Mindre personalgrupp	Större personalgrupp
Oberoende specialenhet	Organiserad under BUP

Likheter
Antal sängar (8)
Inläggningsskriterier
Familjesamtal
Krav på viktinhämtning
Högt specialiserade avdelningar



Hur många patienter?

- I Stockholm var 63 patienter remitterade under perioden, 53 tackade ja till att delta i undersökningen
- I Köpenhamn var 34 patienter remitterade, alla ingick eftersom patientgodkännande inte krävdes



Data vid behandlingsstart

	n	F50.0	Alder	Kön	BMI	BMI %	ED <1/2 år	ED 1/2-1 år	ED >1 år
Sthlm	53	83%	14,2	50/3	15,8	80,4	6%	45%	49%
Kph	34	73%	14,8	33/1	15,7	78.3	18%	38%	44%

Tvångsbehandling

- Vid behandlingsstart var 4% av patienterna i Stockholm tvångsbehandlade. I Köpenhamn var 18% i tvångsbehandling
- Dessa patienter blev sondmatade



Resultat



Genomsnittlig inläggningstid i veckor

- Stockholm 7,6
- Köpenhamn 16,6



Fortfarande inlagda vs. återinlagda

	Fortfarande inlagda		Återinlagda	
	Sthlm	Kph	Sthlm	Kph
10 veckor	19%	71%	0%	0%
6 mån	0%	9%	6%	6%
12 mån	0%	3%	6%	21%

Viktökning från start till 12 mån

- Stockholm 8,9 kg
- Köpenhamn 8,2 kg

Ökning i BMI% av "median BMI for age" (WHO)

- Stockholm 11,8 procentenheter
- Köpenhamn 11,3 procentenheter



Uppnådd sund vikt

	Sthlm	Kph
10 veckor	77%	35%



I öppenvårdsbehandling

	Sthlm	Kph
10 veckor	81%	29,4%
6 mån	86,7%	76,5%
12 mån	77,3%	64,7%

Tillbaka i skola

	Sthlm	Kph
10 veckor	35,8%	29,4%
6 mån	75,5%	67,6%
12 mån	75,5%	63,6%

Konklusion

- Kortare inläggningstid när föräldrar involveras
- Ingen skillnad i viktåterinhämtning
- Snabbare tillbaka i skolan när föräldrarna kan hantera måltiderna hemma
- Öppenvårdsbehandling verkar vara tillräcklig behandling redan efter 10 veckor



Familjedagvården

Stockholms Centrum för Ätstörningar
Maiken Fjelkegård, överläkare



Varför familjedagvård

- Erfarenheter av dagbehandling från bl.a. Achen, Tyskland Herpertz-Dahlmann Lancet april 2014
- Evidens för effekt av FBT och MFT
- Behov av avlastning från barnmedicinsk avdelning
- Behov av flera möjligheter för intensiv behandling under vårdförloppet
- Undvika heldygnsvård om det är möjligt



Vilka patienter/familjer kan få hjälp?

- Patienter med allvarlig ätstörning, tillsammans med deras föräldrar och syskon, där öppenvårdsbehandling inte räcker för att komma ur ätstörningen
- Patienter som behöver en mera intensiv behandling än öppenvårdsbehandling efter utskrivning från heldygnsavdelningen
- Familjer som klarar gruppbehandling



Behandlingsformen

- MFT-inspirerad behandling av 6 familjer 4 eftermiddagar i veckan (mån-to, kl 14.45 -17.45)
- Middag med 6 familjer och 2 behandlare
- Vid behov enskilda familjesamtal, men huvudbeståndsdelen är gruppbaserad
- Ansvar för somatisk och psykiatrisk status



Vem jobbar där?

- Fyra behandlare på 75%, specialistläkare deltid samt enhetschef några timmar i veckan
- Familjedagvården är en egen enhet



Förhållningssätt

- Viktfokus
- Öka föräldrarnas kunskap om sjukdomen
- Hjälpa dem att hitta metoder som passar dem
- Utarbeta skriftlig plan för vad de ska göra
- Ta hänsyn till neurobiologiska faktorer



Terapeutiska mål

- Observation – identifiera styrkor och svagheter
- Intervention via MFT-övningar
- Förstärka det positiva och hjälpa familjen att skapa positiva minnen av förändringar



5 komponenter

- Familjeterapi – James Lock modell i grupp
- Måltidsschema med utvärdering, utmaningar
- Träna föräldrafärdigheter – beteendekontrakt
- Träna patientfärdigheter, DBT-tekniker
- Psykoedukation ang effekt av sjukdom och riktlinjer för behandling



Hur samverkas med öppenvården?

- Teamet på familjedagvården har behandlingsansvaret under behandlingstiden där
- Mot slutet av vistelsen lämnar familjen tillbaka information om status och fortsatta behandlingsmål till deras behandlare i öppenvården på ett gemensamt möte där även dagvårdens behandlare medverkar
- Det görs även en krisplan för hantering om något går fel i planeringen



Hur går det?

- Det är svårt – hålla kursen utan kompass
- Metodutveckling pågår ständigt, många processer samtidigt
- Familjerna tycker om att träffas och lär sig av varandra
- Förändringsarbete kontra behov av att få tröst
- Realistiska ambitioner behövs

