



AKADEMISKA  
SJUKHUSET

# Visst går det!



Utvärdering av ett utvecklingsarbete  
vid ätstörningsenheten,  
Barn- och Ungdomspsykiatri,  
Akademiska sjukhuset,  
under perioden ht 2001– ht 2003

## Förord

Denna utvärdering av ett utvecklingsarbete är skriven för att försöka inspirera andra att se att det går att göra verkligt stora förändringar med ganska måttliga ekonomiska insatser. Verksamheten vid ätstörningsenheten på Barn- och ungdomspsykiatriska enheten har utvecklats oerhört under de senaste åren från att ha ett nedläggningshot hängande över sig pga bristfälligt fungerande till att fungera som exempelmottagning med studiebesök från hela landet.

De stora förändringarna har dock krävt mycket arbete av personalen. Det har varit nödvändigt att arbeta både med inre strukturer såsom organisation, ledning, beslutsrutiner (FORM-frågor), värderingsfrågor, kunskapsyn och med patientrelaterade strukturer såsom behandlingsupplägg och föräldramedverkan (INNEHÅLLS-frågor).

## Bakgrund

Bakgrunden till utvecklingsarbetet var att Ätstörningsenheten vid Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken under en tid hade präglats av förändringar med medföljande oro och otydlighet kring sin verksamhetsform. Personalen hade länge efterfrågat handledning. Omsättning på framförallt behandlande personal var stor, liksom på ledare.

Ht 2001 bestod verksamheten av en enhetschef, en medicinskt ansvarig överläkare, en vårdansvarig (som under uppdragets gång valt att säga upp sig), en konsultbarnläkare från Barnsjukhuset, en vikarierande psykolog, samt en omvårdnadsgrupp på åtta personer, varav 4 skötare/USK och 4 SSK. Till verksamheten hörde även en behandlare som riktar sig till en delvis annan målgrupp än den grundläggande verksamhetens.

I samband med att man sökte handledare omformulerades behovet och en handledning skulle föregås av organisationsdiagnos och verksamhetsutveckling. En konsult/leg psykolog som ledde förändringsarbete kontrakterades på motsvarande en halvtidstjänst.

## Historisk återblick

1994: Två platser inrättades på Barnsjukhuset för anorexivård, utöver de platser som fanns på barnpsykiatriens akutavdelning. BUP:s sektoriserade öppenvård var basen för diagnosgruppen.

1997: En mellanvårdsform började utvecklas, för dem som inte behövde heldygnsvård, men som inte klarade sig inom öppenvården. Den var lokaliserad på Ulleråkersområdet. Platserna på barnsjukhuset och akutavdelningen fanns dock kvar. Mellanvårdsformen var tänkt att ersätta Tiunda behandlingshem.

Hösten 2000 slogs två av dessa verksamheter ihop till en – barnsjukhusets anorexienhet och mellan/dagvårdsverksamheten blev en organisatorisk enhet. Respektive verksamhet tog med sig sina patienter. Tyngdpunkten i behandlingen var på viktuppgång, och den terapeutiska insatsen var knuten till vissa behandlande personer. En samlad bild av behandlingsupplägg var inte förankrad hos all personal som handhade patienterna. Byte av behandlande personal innebar nya och förändrade behandlingsupplägg, vilket delvis gav en splittrad och osammanhängande verksamhet. Omvårdnadspersonal som vid den tiden arbetade med viktuppgång var inte delaktiga i hur den psykologiska behandlingen såg ut, vilket innebar att man inte kunde arbeta åt samma håll. Detta bidrog till en osäkerhet för omvårdnadspersonal och ett icke-optimalt utnyttjande av personalgruppen. Säkerligen bidrog detta till den brist på samarbete mellan personalgrupper och de konflikter som då fanns.

## Så här var det

### Patientsituation

HT 2000 fanns i den nya verksamheten tre patienter, varav en senare överfördes till R/R-vård i annat landsting. Personalsituationen präglades av motsättningar och frustration, inte minst kring att patienternas situation och behandling inte kändes tillfredsställande. Alla upplevde att det fanns stora behov av förändring.

Augusti 2001 hade det tillkommit tre nya patienter, sammanlagt fem patienter. Alla dessa fem patienter var i mycket dåligt skick, med grav undervikt och två med sondmatning. Sondmatningen för dessa två patienter pågick mer eller mindre under hela 2001 och var förknippad med mycket svåra, närmast traumatiska situationer för både patienter och personal.

Flera patienter visade det för anorexi typiska ”trampande” och i övrigt tvångsmässiga beteenden. Upplevelsen av patienterna var att de var mycket svårt psykiskt och somatiskt sjuka och man ville öka nivån av både omhändertagande och ibland ta till tvångsåtgärder. Personalen levde med ständig frustration inför och oro för patienterna. Den samlade upplevelsen av verksamheten var avsaknad av behandlingsallians och gemensamma mål, dvs att patienterna i någon mening förstår varför man är i behandling och vill nå en förändring. Man skulle ”hantera” dessa till synes omöjliga och omotiverade patienter. Personalen skulle vara både omvårdande och kontrollerande.

I brist på adekvat psykiatriskt omhändertagande, gick patienterna kvar hos barnläkaren längre än vad som egentligen skulle ha varit nödvändigt om verksamheten fungerade optimalt.

### Personalsituation

Personalen mådde mycket dåligt, hade svårt att släppa arbetet på fritiden. Många beskriver att de telefonledes ägnade stor del av sin fritid åt att älta patientfrågor. Svårigheterna kring patienterna och brist på struktur inom verksamheten bidrog till motsättningar i personalgruppen och dåligt arbetsklimat.

Dagvården var öppen sju dagar i veckan, mellan 08–21.30. Enheten hade mestadels låsta dörrar.

Personalen fick ta ständiga konflikter om detaljer (val av brödsort, pålägg, längd på promenader etc) med patienterna och man upplevde att man behandlade ”mot” patienterna, inte med dem. Föräldrarna fanns knappast alls med i behandlingen. Skolgång skedde i sjukhus-skolan, vilket innebar att patienterna miste sitt sociala sammanhang i sin ordinarie skolklass. Vissa patienter hade ingen skolgång alls, beroende på att de inte kunde sitta stilla på lektioner.

Viktuppgången gick oftast mycket sakta, inte minst för att personalen delvis präglades av den ångest som ätande och viktuppgång medför för patienten. Man upplevde att takten på viktuppgången inte fick vara för hög. Detta i sin tur medförde att behandlingstiden blev mycket lång. Det fanns även en generell uppfattning att en anorexi/ätstörning i princip alltid tar mycket lång tid att tillfriskna ifrån och många blir mer eller mindre kroniska.

Dessa patienter tog så mycket tid och kraft att de inte fullt så krävande ätstörningspatienterna fick hållas i sedvanlig öppenvård.

## Det här gjorde vi

Först av allt gjorde konsulten en organisationsanalys och hade djupintervjuer med alla i personalgruppen enligt Weisbordmodellen. Konsulten lade sedan upp ett förslag till genomgripande förändring av enhetens struktur och innehåll och fick verksamhetschefens stöd. Konsulten, en psykolog med KBT-inriktning hade en ovanlig kompetenskombination av både ätstörningsbehandling och av personal- och verksamhetsutveckling, något som underlättade arbetet.

I ett första steg samlades all personal för att man skulle kunna beskriva det utvecklingsarbete man hade framför sig. Därefter skedde tillsättandet av en ledningsgrupp med möte varje vecka under processhandledning. I ledningsgruppen ingick, förutom konsulten, medicinsk ansvarig överläkare, avdelningschef och två erfarna sjuksköterskor.

En fyllig enkät med frågor om hur man upplevde sin kompetens kring diagnosen ”ätstörningar” och med sin egen personliga tro vad gäller etiologi, behandling och prognos.

### *Kompetensutveckling/handledning*

Ett program där kompetensutveckling i form av seminarier varvades med handledning (en eftermiddag varje vecka) enligt KBT-principer utformades. Konsulten ledde all handledning, av både personalgrupp och ledningsgrupp samt utbildning, vilket underlättade en sammanhållen process. Exempel på utbildningstema var: Svältens påverkan på kognitiva funktioner, förstärkande faktorer för fortsatt svält och alternativa beteenden, självbild och självkänslans betydelse för problemet, ångesthantering, svälten som känsloreglerare, dysfunktionella grundantaganden och negativa automatiska tankar.

Ett förslag till behandlingsprogram grundat på medicinska fakta och målsättningar samt kognitiv-beteendeterapeutiska metoder att uppnå uppsatta mål utarbetades. Detta behandlingsprogram har varit en av de röda trådarna som gjort arbetet framgångsrikt. Det består av fem steg:

1. Att bryta svälten
2. Att påbörja viktuppgång och fastställa målvikt
3. Återgång till skola
4. Känslomässig självreglering (att hantera känslor)
5. Social färdighetsträning och problemlösning (funktionella strategier).

En uttalad målsättning var att kompetensutveckla omvårdnadspersonalen så att de i princip skall kunna hålla samtal i alla fem stegen. Detta var ett nytt sätt att tänka, eftersom man trott att samtal om känslor och tankar endast kan hållas av psykologer. Visserligen är det viktigt att programmet utformas av psykologiskt skolade personer, men tidigare erfarenheter har visat att en duktig omvårdnadspersonal med rätt utbildning mycket väl klarar av samtal.

Denna målsättning syftade till dels att bättre använda den personal som fanns, samt skapa en större kontinuitet i arbetet, eftersom omvårdnadspersonal är betydligt mindre benägna att byta arbete än t ex psykologer. En annan aspekt var att det är av yttersta vikt att alla i en personalgrupp drar åt samma håll. Devisen att en kedja aldrig är starkare än sin svagaste länk är tillämplig här. Om olika personer drar åt olika håll på en ätstörningsenhet får det förödande konsekvenser på möjligheterna till framgångsrik behandling.

En mycket viktig länk i kedjan var den främsta inremitterande enheten, som här var barnläkaren. Ett nära samarbete och gemensamt fokus på en sammanhållen vårdkedja har varit en viktig framgångsfaktor.

### *Behandlingsprogrammet/behandlingsrutiner*

Behandlingsprogrammet har vuxit fram under processens gång, men har bara tillåtits revideras vid planeringsdagar, för att skapa både delaktighet, tydlighet och stabilitet.

En organisationsplan arbetades också fram för att tydliggöra beslutsprocesserna och hur arbetet skulle läggas upp på ett sådant sätt att alla i verksamheten skulle känna samma mål och veta och förstå varandras arbete. Tydliga förväntningar på varandra arbetades fram och diskuterades.

Under handledning diskuterades både fall (klinisk metodhandledning) och problem/frågeställningar inom personalgruppen (processhandledning).

Således:

1. Noggrann analys av:
  - a. Nuläget i organisationen
  - b. Personalens kunskaper och uppfattningar om diagnos och behandling
  - c. Mål för verksamheten
2. Formandet av ledningsgrupp (träff 2 tim/v, med handledning)
3. Utbildning varannan vecka med psykolog
4. Handledning varannan vecka med samma psykolog
5. Arbete med behandlingsprogram med ledningsgruppen och psykolog.
6. Täta halva planeringsdagar för förankring av och diskussion kring behandlingsprogram.
7. Arbete med organisationsplan som reviderades vid givna tillfällen och som alla i personalgruppen fick ta del av.

Exempel på frågeställningar i arbetet med behandlingsplanen kunde vara: hur snabbt ska/kan patienterna gå upp i vikt? Är det lindrigare med en långsam viktuppgång eller är det bara att fördröja förloppet och lidandet? Ska man börja med samtal av psykologisk art innan viktuppgången eller är svältens påverkan på kognitiva funktionerna för stor? Hur snabbt kan vi få tillbaks dem i skolan? Hur kan vi hjälpa föräldrarna att bli delaktiga i behandlingen?

Grundläggande inlärningspsykologiska metoder för mesta möjliga följsamhet i behandling skrevs in i behandlingsprogrammet och tydliggjordes för personalen. Exempelvis påbörjades ingen regelrätt behandling i behandlingsprogrammet innan patienten skrivit kontrakt om att hon accepterar behandlingsprogrammet och dess förutsättningar. Vid svag eller dålig följsamhet diskuterades och ibland verkställdes avstängning av deltagande i programmet. Vid ett initialt skede upplevdes detta som svårt och utan empati, men man såg snart att principen att få patienten att ”värdera” behandlingen högre ledde till betydligt bättre följsamhet och ett snabbare tillfrisknande. Att dela in behandlingsprogrammet i fem steg som varje patient (i princip) ska följa gjorde dels att personalen hade god gemensam kännedom om varje patients behandling och dels att behandlingen ur patientens och anhörigas perspektiv blev förutsägbar och tydlig.

Detta arbete har inneburit ett successivt paradigmskifte: man kan få anorexipatienter att äta, sluta med kompensatoriskt beteende och ganska snart återgå till skola genom strukturerade insatser i öppenvård. En hörnsten för att få detta att fungera var total enighet i personalgruppen visavi patienter. Eventuella meningsskiljaktigheter handlades internt och aldrig framför patienter eller anhöriga. (För att detta skall fungera gäller att man verkligen skapar forum för diskussion). En del av personalen hade initialt svårt att tro att det nya sättet skulle kunna fungera men var beredda att prova (KBT-metod: beteendexperiment), och fann till sin förvåning att metoderna faktiskt fungerade.

## Hur blev det?

I dagsläget är verksamheten blomstrande. Man har en stor volym patienter som faktiskt genomgår hela programmet och de allra flesta tillfrisknar. Man säljer vård till andra landsting istället för att som tidigare behöva köpa den. Samarbetet med barnsjukhuset möjliggör ett tidigare omhändertagande av det stora antalet patienter som har ätstörningar i ett tidigt skede.

### Patientsituationen

Patienterna är fler i verksamheten, men de blir snabbare friska. Viktuppgången är snabb och återgången till skola och i övrigt normalt liv sker betydligt snabbare än tidigare vilket gynnar både patienten och verksamheten. Primär recidivprevention hanteras genom steg fyra och fem – känsloreglering och social färdighetsträning/problemlösning. Dvs man får redskap att hantera svåra känslor och situationer utan att tillgripa svält/mat som ängesthanteringsstrategi.

Personalens ”enade” linje, med inget utrymme för förhandling (i ett anorexitypiskt ”manipulerande” syfte) vad gäller exempelvis takten på viktuppgången förenklar processen avsevärt. Man har ingen diskussion om detaljer, maten serveras som den är och inga specialarrangemang tillåts. Vilan fungerar och viktuppgången brukar gå fort. På enheten finns numera föräldragrupper och tjejgrupper (för bl a steg 4 och 5).

Fokus skiftar ganska snart från normalvikt och normaliserat ätande till att hitta bättre strategier för att hantera livsproblem – både praktiska och interpersonella. Även negativa automatiska tankar och s k grundantagande (om sig själv, livet och omvärlden) diskuteras och kopplas till impulser att börja svälta eller hetsäta (eller skära sig eller använda andra dysfunktionella strategier för ångestlindring).

### **Personalsituationen**

Personalen trivs och personalomsättning är låg. Man upplever sig ha fått ett betydligt roligare och meningsfullare jobb, om än krävande. Att få ”ombehandla” en del gamla patienter och se att den nya behandlingsmetoden fungerar fint även på dem man upplevde som allra mest svårbehandlade ger naturligtvis en stor tillfredsställelse.

Att beslutsgångar och arbetssätt för var och en har blivit tydligare har minskat missförstånd och suboptimerat arbetssätt. Man arbetar betydligt klarare med målstyrning, vilket gör att man kan skilja detaljer från helheten. Att arbeta med ätstörningspatienter kan ibland leda till att man som personal hamnar i situationer där patienterna i sin egen ångest leder in i diskussioner kring detaljer.

Att behandlingsprogrammet är nedskrivet och mycket tydligt gör att utrymme för godtycke och rådvillhet blir minimalt. Det blir en förutsägbarhet och tydlighet som skänker trygghet och arbetstillfredsställelse. Rutiner för att ändra och förbättra behandlingsprogrammet är också tydliga (på planeringsdagar, med tid för reflexion och diskussion) vilket gör att nya problem kan hanteras inom ramen för behandlingsprogrammet. Det blir på så sätt ett levande dokument.

## **Slutsatser**

Arbetet har varit mycket framgångsrikt. Det har dessutom fortsatt att förbättras även efter avslutat utvecklingsarbete.

Några viktiga punkter:

- Helt nödvändigt att arbeta parallellt med FORM (strukturer, ledning, organisation) och INNEHÅLL (behandlingsprogram och principer)
- Nära samarbete med främsta inremitterande läkare (barnläkare)
- Alla i personalen bär programmet – stor delaktighet men gemensam trohet/följsamhet till programmet
- Mycket hög struktur – tydlighet i behandlingsprogrammet
- Mycket motivationsarbete – att få med patienterna i behandlingen
- Snabb viktuppgång – snabb normalisering av skolgång m m
- Involverande av föräldrar – utbildning i programmet för dem
- Mer fokus på hjälp till självhjälp – att försöka se på normaliserad vikt och normaliserat ätande som en nödvändig förutsättning att arbeta med negativa automatiska tankar och med att hitta bättre, mer funktionella strategier att möta livsproblem – både praktiska och interpersonella.
- Det går att behandla även mycket svårt anorektiska patienter i dagvård med snabb viktuppgång, snabb återgång till skolan och närmast obefintliga återfall.
- Steg 1-3 från intagning till återgång till full skolgång med normal vikt tar i de allra flesta fall inte mer än 6 månader. Steg 4 och 5 tar ungefär ytterligare 6 månader.

## Ekonomi/hälsoekonomi

Det förändringsarbete som bedrivs har varit mycket framgångsrikt, både behandlingsmässigt och ekonomiskt.

Hälsoekonomi är en svårt begrepp men vi har försökt göra en översiktlig beskrivning av de ekonomiska konsekvenserna av förändringen. Här görs en uppdelning i riks/regionvård och C-länsvård.

2001 hade kliniken en kostnad på 1,2 miljoner kronor för en patient som vårdades i annat landsting. Under 2004 har man på sin egen enhet kunnat ta emot 3-4 patienter från andra landsting. I beräkningarna har vi räknat på 3 patienter för att lägga oss lågt.

En R/R- patient går igenom steg 1-3 i dagvård på ungefär 6 månader, vilket med en dygns-kostnad på 4400:- ger en kostnad (inkomst) på 822 800 kronor. (Dessa patienter genererar även öppenvårdsinkomster, men för enkelhetens skull tar vi inte med dem här).

Tre patienter per år ger således en inkomst på ca 2,5 miljoner kronor. Sammanlagt med utbliven kostnad för utlokaliserade patienter blir nettoinkomsten 3,7 miljoner kronor per år.

R/R

2001	2004
-1,2 mkr	+ 2,5 mkr

Summa: + 3,7 mkr

C-län

Här är det enklare att mäta kostnadseffektivitet i antal patienter i behandling per heltids-tjänst.

Under åren har bemanningen varit relativt konstant, sånär som på en knapp tjänst. Den psykologkonsult som leder utvecklingsarbetet 2001–2003 motsvarar kostnadsmässigt en heltidspsykolog, vilket också varit konstant ända fram till 2004, då denna funktion inte varit tillsatt. Personalgruppens sammansättning har också varit i princip densamma (i stora drag samma personer). När utvecklingsarbetet började ht 2001 var tre patienter (AN) i behandling och under vårterminen 2005 är det ca 50 patienter (8 AN, resten öppenvårdspat) i behandling, på samma personalgrupp.

C-län

2001	2005
3 patienter (Anorexia Nervosa, AN)/ 600 % personal	ca 50 patienter (6+2 AN, resten ÖV)/ 650 % personal

## Recidivprevention

Steg 4 och 5 i programmet (känslomässig självreglering respektive social färdighetsträning och problemlösning) är tänkt som recidivprevention och har tydligen också fungerat så. Sedan behandlingsprogrammet börjat användas konsekvent 2003 har inget recidiv från steg 4 eller 5 ner till lägre nivå i behandlingsprogrammet inträffat.

Under denna tid har tre patienter fått recidiv - -en med svår OCD, en R/R-patient som inte hann gå igenom steg 4/5 på enheten och en patient som avbröt behandlingen själv efter 18 års ålder.

## Framtiden – utvecklingsmöjligheter

Framtidstankarna är att utveckla verksamheten ytterligare. Framför allt behövs en KBT-psykolog som kan utveckla manualarbetet med steg 4 och 5 och underlätta för omvårdnads-personal att självständigt hantera patienter i dessa steg. Psykologkompetens behövs även för att utveckla arbetet med föräldragrupper.

Tillgång till psykolog möjliggör även att ta emot psykologkandidater, vilket är en stor resurs för utvecklingsarbete.

Fungerande rutiner för ”booster”-sessioner behöver också utvecklas.

För mer detaljerad information om arbete med utvecklingprojektet, kontakta

Åsa Törnkvist	vårdchef psykiatridivisionen/leg psykolog (f d konsult, dvs den som ledde projektet)
Tel:	070-611 20 91
E-post:	<a href="mailto:asa.tornkvist@akademiska.se">asa.tornkvist@akademiska.se</a>
Agneta Rosling	Barnpsykiater och medicinsk ansvarig överläkare
Tel:	018-611 25 32
E-post:	<a href="mailto:agneta.rosling@akademiska.se">agneta.rosling@akademiska.se</a>
Ingemar Swenne	Överläkare, docent, Barnsjukhuset
Tel:	018-611 58 92
E-post:	<a href="mailto:ingemar.swenne@akademiska.se">ingemar.swenne@akademiska.se</a>
Ann-Marie Forssten	Enhetschef
Tel:	018-6112562
E-post:	<a href="mailto:ann-marie.forssten@akademiska.se">ann-marie.forssten@akademiska.se</a>
Marianne Aronsson	Vårdansvarig ätstörningsenheten
Tel:	018-611 25 33
E-post:	<a href="mailto:marianne.aronsson@akademiska.se">marianne.aronsson@akademiska.se</a>
Åsa Nyström	Vårdutvecklare, sjuksköterska
Tel:	018-611 23 67
E-post:	<a href="mailto:asa.nystrom@akademiska.se">asa.nystrom@akademiska.se</a>

