

# FAMILJEDAGVÅRDENS VARA ELLER ICKE VARA

**TO BE OR NOT TO BE**

**FAMILY DAY CARE**

En kvantitativ studie av familjedagvårdens effekt på patienternas symptom och familjens funktion.

Mathias Grönkvist Söderlind

Handledare: Madeleine Cocozza

## Sammanfattning

Familjedagvård är en nyinrättad behandlingsmetod på BUP Linköping riktad mot patienter med ätstörning och deras familjer. Syftet med studien är att undersöka om familjedagvård på BUP Linköping som behandlingsmetod har effekt på patientens symptom och funktionsnivå samt familjefunktionen genom att intervjua patienter och familjer före och efter behandlingen.

För att besvara frågeställningarna används kvantitativ undersökning i form av deskriptiv studie där data samlats in med hjälp av skattningsformuläret SCORE-15 samt att patienternas vikt, BMI och C-GAS noterats vid in- och utskrivning. Deltagare i studien är nio patienter samtliga flickor med elva föräldrar. Patienterna är remitterade från ansvarig läkare eller behandlare antingen från den slutna avdelning S102 eller från öppenvårdsmottagningen på BUP Linköping.

Resultatet visar att samtliga patienters vikt och BMI ökat och att patienternas C-GAS ökat i samtliga fall förutom en patient som hade ett oförändrat värde vid in- och utskrivning. Patienternas och föräldrarnas skattningar med SCORE-15 enkäten tyder på familjefunktionen är oförändrad och att behandlingen inte förvärrar situationen.

Nyckelord: Familjeterapi, ätstörning, dagvårdsbehandling, familjefunktion

## **To be or not to be family day care**

A study of the effect of family day care on patients' symptoms and family function.

### **Abstract**

Family day care is a newly established treatment method at BUP Linköping aimed at patients with eating disorders and their families. The purpose of the study is to investigate whether family day care at BUP Linköping as a treatment method has an effect on the patient's symptoms and functional level as well as family function by interviewing patients and families before and after treatment.

To answer the questions, a quantitative survey is used in the form of a descriptive study where data is collected using the estimation form SCORE-15 and the patients' weight, BMI and C-GAS are noted at enrollment and discharge. Participants in the study are nine patients, all girls with eleven parents. Patients are referred from the responsible doctor or therapist either from the closed ward S102 or from the outpatient clinic at BUP Linköping.

The results show that the weight and BMI of all patients increased and that the patients' C-GAS increased in all cases except one patient who had an unchanged value at enrollment and discharge. The patients' and parents' estimates with the SCORE-15 questionnaire indicate that the family function is unchanged and that the treatment does not aggravate the situation.

Keywords: Family therapy, eating disorder, day care treatment, family function

**Förord:**

Tack till min familj som tålmodigt stöttat mig under de här tre åren som utbildningen pågått och alla år innan dess.

Tack till Madeleine Cocozza för ditt stora engagemang som handledare i mitt uppsatsskrivande.

Slutligen ett stort tack till mina kollegor i familjedagvården; Anna Rosander, Ellinor Jelvinger, Anna Sandell, Jenny Stragrefeldt och Anna Dankwardt Lillieström samt verksamhetschef Åsa Lundberg.

# Innehåll

Introduktion/Bakgrund .....	5
Familjedagvård på BUP Linköping.....	5
Tidigare forskning.....	7
Anorexia nervosa .....	7
Behandling av ätstörning och olika behandlingsmetoder.....	8
Familjebaserad terapi, FBT.....	9
Multifamiljeterapi, MFT .....	10
Kognitiv beteendeterapi mot ätstörning, KBT-E .....	10
Mandometer-metoden .....	11
Dagvårdsbehandling av ätpatienter.....	12
Familjeterapi och systemteori .....	13
Syfte och frågeställningar.....	15
Material och metod.....	16
Urval och population.....	16
Procedur .....	18
Datainsamling.....	18
Behandling av data.....	19
Dataanalys.....	20
Forskningsetiska överväganden .....	20
Validitet och reliabilitet.....	22
Resultat .....	23
Resultatdiskussion.....	30
Metoddiskussion.....	36
Konklusioner .....	36
Fortsatt forskning.....	37
Referenser:.....	38
Bilaga.....	43

## Introduktion/Bakgrund

För behandling av patienter med ätstörning i målgruppen barn och ungdomar erbjuds olika former av behandlingsmetoder. Från mer individriktade metoder såsom Kognitiv beteendeterapi mot ätstörning, KBT-E, och Mandometermetoden. Till de mer familjeinriktade metoderna Familjebaserad terapi (FBT) och Multifamiljeterapi (MFT). Kännetecknande för sjukdomen är att ju sjukare barnet är i ätstörningen desto mer behöver föräldrarna involveras och få stöd i att ta kontroll över situationen (Wallin, af Sandeberg, Nilsson, Linne, 2015). Till skillnad mot förr talas det inte idag om "den anorektiska familjen" utan föräldrarna och familjen ses som en resurs och nödvändighet för barnets tillfrisknande. Dock innebär sjukdomen ofta att familjen på olika sätt har anpassat sig och många gånger skapat ett dysfunktionellt familjemönster. Medförande att familjen både är en del av problemet och en väsentlig del av lösningen på problemet. Wallin et al., (2015) beskriver sjukdomens olika faser där behandlingen går från att vara mycket familjeinriktad till att bli mer individriktad i takt med barnets tillfrisknande. Med syftet att underbygga barnets strävan mot självständighet. Barn och ungdomspsykiatriska kliniken i Linköping har av det skälet infört familjebehandling som en del behandlingen av patienter med ätstörning.

Syftet med studien är att undersöka om familjedagvård som behandlingsmetod har effekt på patientens symptom och funktionsnivå samt familjefunktionen genom att patienter och familjer fyller i skattningsformuläret SCORE 15 före och efter behandlingen.

### **Familjedagvård på BUP Linköping**

Behandling av patienter med ätstörning, barn och ungdomar upp till 18 år på BUP Linköping sker i öppenvård, slutenvård, mellanvård och numera även i familjedagvård. Syftet med familjedagvård är dels att förhindra inläggning på slutenvård och dels att förkorta tiden vid inläggning. Här finns vinster för patienter rent somatiskt och även ekonomiskt för vården då det krävs mindre resurser när slutenvården avlastas. Behandlingen är familjeinriktad då det är familjeterapi som är förstavalet vid vård av patienter med ätstörning som är under 18 år. Vidare är familjeterapi enligt Wallin et al., (2015) också den behandling som har störst evidens för gällande målgrupp. Familjedagvården i Linköping är än så länge en försöksverksamhet som ska pågå två år och sedan utvärderas.

Behandlarteamet består av sjuksköterska/dietist, arbetsterapeut, socionom/familjeterapeut samt två skötare. Teamet får kontinuerlig handledning av en handledare som även utför vissa utbildande inslag i handledningen. Teamet har egna lokaler avsatta för behandlingen och en behandlingsstruktur har utvecklats som i tillvägagångssättet inspirerats av Strukturell familjeterapi, Maudsley-modellen, Familjebaserad terapi (FBT), KBT-E och Multifamiljeterapi. Metoden är således eklektisk. Utförandet innefattar psykopedagogiska inslag, ätträning och familjebehandling i olika konstellationer och pågår i åtta veckor.

Den psykopedagogiska delen kopplas till ätstörning och innefattar föreläsningar i grupp om känsloreglering och ångesthantering samt nutritionslära. Ätträning sker dagligen i gemensamma måltider tillsammans med behandlare i den omfattning det behövs. Tanken är att stärka familjesystemet i att klara måltiderna själva genom att normalisera ätandet. I ätträningen ingår det exponering för svårare mat som patienten uppfattar och här brukar ingå fikabröd, godis, chips och take-away. Dessa inslag kan kopplas till KBT-E.

Familjebehandlingen anpassas efter individ och behov vilket innebär att det alltid genomförs en kartläggning med familjen i början av behandlingen. Här fokuseras på patientens somatiska status, risk- och skyddsfaktorer kring patient och familj samt hur långt patienten och föräldrarna kommit i behandlingen. Detta kan kopplas till de tre faserna i Familjebaserad terapi (FBT). Där *första fasen* innebär, *bryta svält, uppnå normalvikt och återta föräldramandat*. I *fas två* riktas behandlingen mot patientens *hela situation* och blir mer *individualiserad*. *Fas tre* innebär en *framtidsorienterad avslutningsfas* där patienten återerövrar självständigheten som sjukdomen tagit.

I familjebehandlingen ingår även gruppövningar såsom barn/ungdomsgrupp, föräldragrupp och gemensamma familjeövningar. Tanken är att familjerna som i Multifamiljeterapi (MFT) ska utbyta erfarenheter och lära sig av varandra. Förhoppningsvis väcker dessa möten även en känsla av gemenskap och förståelse från någon annan i ungefär samma situation. Varje vecka genomför teamets sjuksköterska somatiska kontroller av patienten för att kontrollera vikt och allmäntillstånd.

Varje dag avslutas med ett familjesamtal där en genomgång sker kring hur dagen varit och planering framåt. Ofta leder samtalet till en överenskommelse om att en

hemuppgift ska genomföras till nästa tillfälle som utmanar ätstörningen. Varje måndag inleds med somatiska kontroller följt av ett familjesamtal med uppföljning kring hur helgen har varit. Möten sker med remitterande öppenvårdsbehandlare enligt följande, andra veckan *uppstartsmöte*, fjärde till femte veckan *halvtidsmöte* och åttonde veckan *avslutsmöte*. Vid behov kan behandlingen förlängas något.

Samtidigt som det finns en tydlig struktur kring upplägg av dagarna på innehållsnivå så finns det utrymme för anpassningar utifrån individ och familj för att arbeta med specifika familjemönster mer på processnivå. Här går det att anpassa teman i familjesamtalen och familjeövningarna.

Syftet med familjedagvården är inte att patienten ska bli helt frisk. Utan så pass återställd att denne kan fortsätta behandlingen i mindre intensiv form inom öppenvården och att föräldrarna fått kunskaper så att de bättre kan stötta sitt barn.

Familjedagvården siktar således dels på att minska tiderna för inläggning av patienter med diagnosen anorexia nervosa på den slutna avdelning S102 och dels att hindra att öppenvårdspatienter med anorexia nervosa blir inlagda på avdelning S102.

Tanken är även att avlasta mellanvården som är den näst mest krävande vårdinsatsen.

## **Tidigare forskning**

### **Anorexia nervosa**

Enligt Wallin et al., (2015) påvisar studier en genomsnittlig sjukdomsperiod i anorexia nervosa i tre till fyra år och i någon annan form av ätstörning i sju och ett halvt år. En uppföljningsstudie från BUP (Nilsson & Hägglöf, 2005) gällande patienter som vårdats för anorexia nervosa med uppföljning efter åtta år och sexton år. Visade på goda resultat avseende viktåterhämtning, BMI, psykiska symptom och normaliserade kroppsfunktioner där menstruation var ett tydligt tecken på att kroppen återhämtat sig. Efter åtta år hade 67,6 procent tillfrisknat från anorexia och efter sexton år hade 85,3 procent tillfrisknat från anorexia. Många patienter med ätstörning har ofta andra psykiatriska symptom såsom ångest och depression (Nilsson & Hägglöf, 2005; Wallin et al., 2015) och värjer sig överlag för behandling vilket ställer höga krav på behandlaren (Wallin et al., 2015). Sjukdomen leder ofta till sjukhusinläggning och



trenden är att antalet inläggningar ligger stabilt på en hög nivå jämfört med andra psykiatriska tillstånd som tenderar att minska avseende inläggning.

Sjukdomsbilden innebär inledningsvis ofta en önskan hos individen om att leva ett sundare liv med uteslutning av godis, fett och annat som anses onyttigt vilket leder till viktminskning och viljemässig bantning (Wallin et al., 2015, Eklundh, 2013).

Förändringens utlösande faktor är ofta en stressande händelse och debutåldern varierar mellan tidig skolålder till tidigt vuxenliv och insjuknandet är vanligast i åldern 13-15 år (Wallin et al., 2015). Tillståndet börjar ofta smygande med mindre portioner och uteslutning av fett och kolhydrater, ofta med en övergång till vegetarisk kost (Wallin et al., 2015, Eklundh, 2013). Efterhand blir individen alltmer fixerad tankemässigt kring mat, vikt och utseende. Där kompensering, ofta med överdriven fysisk aktivitet, kan ske för matintaget.

Kroppsfixeringen förstärks hand i hand med minskad kroppsvikt och varje måltid förknippas med stark ångest och skräck för att öka i vikt (Wallin et al., 2015, Eklundh, 2013). Självkänslan kopplas direkt till hur individen trots stark hunger lyckas kontrollera sitt ätande och sin vikt. Vilket medför en självbelönande ond spiral där denne genom svälten bekräftar sig själv och känner sig nöjd vilket ökar självkänslan. Till sjukdomens natur hör även att individen blir självupptagen, tvångsmässig och isolerad, där inget får störa de strikta rutinerna (Wallin et al., 2015). Långvarig anorexia nervosa innebär ofta att patientens livssituation helt kommit att präglas av sjukdomen. Med konsekvenser såsom ett plågsamt utanförskap, begränsade sociala relationer, bekymmer med studier och arbete samt en oförmåga att etablera ett familjeliv.

Ofta har ätstörningen inget att göra med kroppsvikten utan det handlar om känslor där själva störningen sitter i ångesten, kontrollbehovet och sedermera fixeringen vid mat (Wallin et al., 2015). Många ungdomar med ätstörning känner sig ensamma, misslyckade och bärande på en enorm känsla av skam. Ätstörningen blir ett sätt att ta kontroll över livet och känslorna vilket medför att det kan kännas som en fobi för att gå upp i vikt och att ätstörningen blir en del av ens identitet.

## **Behandling av ätstörning och olika behandlingsmetoder**

För de flesta patienter med ätstörning är behandling i öppenvård tillräckligt (Wallin et al., 2015). Det finns dock en överhängande risk att patienterna snabbt insjuknar till

livshotande tillstånd och blir i behov av inläggning/heldygnsvård där platserna idag är begränsade. Barn och ungdomar ska alltid behandlas tillsammans med sina föräldrar vilket även skapar mer förutsättningar för att klara behandlingen i öppenvård och undvika inläggning. Det viktigaste steget mot *medicinsk stabilisering* är att häva svälten och uppnå en snabb viktuppgång då barns kroppar och hjärna är under utveckling och annars kan ta stor skada (Wallin et al., 2015).

I öppenvårdsbehandling är familjeterapi utgångspunkten där föräldrarnas medverkan är helt avgörande (Wallin et al., 2015). Familjesamtal och gemensamma familjemåltider, så kallad ätträning, för att normalisera ätandet. Är centrala inslag och föräldrarna ses som en resurs och inte ett hinder. Behandlingen syftar ofta till att stötta föräldrarna att återta sin föräldraroll och återfå sitt självförtroende. Även vid inläggning medverkar familjen som en viktig del i behandlingen.

Enligt Wallin & Swenne, (2016) är det framförallt fyra föräldrabaserade interventioner som ger goda effekter ifall de lyckas genomföras. Interventionerna är *paus från skola och att behandling sker i hemmet med stöd av föräldrarna, att alla måltider äts med en förälder, avhållsamhet från träning och andra fysiska aktiviteter och stöd för att helt förhindra kräkningar*. Vidare bör den initiala behandlingen skötas på specialenheter för ätstörningar där föräldrarna får stöd att införa dessa interventioner. Forskning påvisar att de familjer som lyckats genomföra dessa fyra instruktioner den första veckan hade betydligt bättre viktuppgång hos barnet efter tre månader än de familjer där det gick trögare. Således är det viktigt att sätta in intensiva vårdåtgärder och stötta föräldrarna i arbetet att vårda sitt barn i hemmet.

Enligt Riksäts rapport för 2019 (Riksät, 2019) gällande ätstörningsbehandling för barn användes Systemteoretisk psykoterapi (familjeterapi) i 38,4% av fallen. Övrig behandling skedde utifrån mer individuella metoder och fördelades enligt följande; Kognitiv beteendeterapi (KBT) 52 %, Psykodynamisk psykoterapi (PDT) 17,5 %, Interpersonell psykoterapi (IPT) 1,1 %, Dialektisk beteendeterapi (DBT) 0,8 % och annan inriktning 6,8 %.

## **Familjebaserad terapi, FBT**

Familjebaserad terapi (FBT) som utvecklats vid Maudsleysjukhuset i London är den mest förekommande metoden med störst empiriskt stöd (Wallin et al., 2015, Accurso, Forsberg, 2020). FBT kommer ursprungligen från Maudsley- modellen vars teoretiska

utgångspunkt är att ingen vet orsaken till ätstörningen och att den dykt upp i familjen som en "objuden gäst". Dock har hela familjen påverkats av ätstörningen och på olika sätt anpassat sig till sjukdomen som blivit en del av familjemönstret. Behandlingen handlar sedan framförallt om att ta kontroll över ätstörningen. Där föräldrarna med hjälp av terapeuten är de som ska ta över ansvaret och ledarrollen i familjen istället för ätstörningen som alla i familjen hittills anpassat sig till. En viktig del i behandlingen är psykoedukation kring ätstörningen och hur den sjuke påverkas (Accurso & Forsberg, 2020). Här informeras familjen om att de känslomässiga uttrycken och de sociala konsekvenser sjukdomen medför inte avspeglar den sjukas personlighet. Utan beror på att denne är drabbad av en ätstörning och kommer försvinna allteftersom tillfrisknande sker.

Här ingår att normalisera ätandet och hjälpa patienten att återfå normal vikt (Wallin et al, 2015; Accurso & Forsberg, 2020). Behandlingen sker generellt i tre faser där första fasen innebär, *bryta svält, uppnå normalvikt och återta föräldramandat*. I fas två riktas behandlingen mot patientens *hela situation* och blir mer *individualiserad*. Fas tre innebär en *framtidorienterad avslutningsfas* där patienten återerövrar självständigheten som sjukdomen tagit. Här ingår även att stötta föräldrarna i att låta barnet våga bli mer självständigt samt i samråd utarbeta en återfallsprevention.

## **Multifamiljeterapi, MFT**

Multifamiljeterapi (MFT) som också utvecklats vid Maudsleysjukhusen i London och i Dresden är en vidareutveckling av familjeterapi som sker i grupp där syftet är att hjälpa familjer att hjälpa varandra (Wallin et al., 2015). Det psykoteraeutiska arbetet innebär att familjerna som medverkar i behandlingen skapar ett stöttande nätverk där erfarenheter utbyts och kompetens utvecklas mer naturligt. Teorin bakom behandlingen grundas i att psykiatriker på en vårdinstitution i USA uppmärksammade att anhörigas interaktion med andra anhöriga återspeglades i bättre psykiskt mående hos patienterna (Wallin et al., 2015). Utifrån dessa erfarenheter utvecklades metoder med gruppbehandlingar med anhöriga och patienter för att vårda allehanda psykiatriska tillstånd, däribland anorexia.

## **Kognitiv beteendeterapi mot ätstörning, KBT-E**

Den kognitiva beteendeterapin KBT-E är särskilt anpassad för behandling av ätstörningar och riktas mot äldre ungdomar och vuxna patienter. Teorin bakom

metoden utgår från att det är flera *vidmakthållande processer* bakom ät­störningen (Fairburn, Cooper, Shafran, 2003). Såsom övervärdering av vikt och kroppsform kopplat till matrestriktion eller förbud att äta vissa livsmedel som är "onyttiga". Vidare ingår ofta klinisk perfektionism, lågt självförtroende, interpersonella svårigheter och intolerans mot negativa känslor såsom ångest vilket tar sig uttryck externt genom ät­störningen. Hypotesen är att ifall patienten får möjlighet att arbeta med dessa faktorer så kommer denne res­pon­dera positivt på be­handlingen.

Metoden är utvecklad vid centrum för forskning om ät­störningar vid universitetet i Oxford, Centre for research on eating disorders Oxford (Fairburn, 2008).

Anorektikern får i be­handlingen stöd av ett team och hjälp med att träna på att använda verktyg och strategier med syfte att bryta invanda mönster och vanor som är förknippade med ät­störningen. Målet är att arbeta bort beteenden som är förknippade med ät­störningen och fylla på med nya erfarenheter och upplevelser. Grundsynen i metoden är att alla är olika som individer där utformning av strategier och verktyg sker individuellt. Vidare innebär be­handlingen att patienten tränar på de nya verktygen och strategierna i hemmet och således blir sin egen terapeut och expert på sina bekymmer. Viktiga inslag i be­handlingen är individuella samtal, en individuell beskrivning av ät­problemet, självregistrering, måltidsstöd, distraherande aktiviteter, veckovis vägning, gruppterapi och involvering av an­höriga. Be­handlingen sker utifrån de fyra faserna *engagemang, utvärdering och fokus framåt, individanpassning och förberedelse på livet efter*. Capiro be­handlar ät­störningsproblematik med heldygnsvård och använder metoden KBT- E. Under be­handlingen vistas patienten utanför hemmet på ett HVB-hem (Capiro, 2021).

## **Mandometer-metoden**

Be­handlingen som enligt Riksäts rapport (2019) lyckats bäst avseende utfall av tillfrisknande patienter är Mandometer-metoden som bedrivs på Mandometerkliniker i Alingsås, Karolinska universitetssjukhuset, Sophiahemmet och Danderyds sjukhus (Västra Götalandsregionen, 2012). Enligt Mandometer-metoden kan alla drabbas av en ät­störning och orsaken är bantning och hög fysisk aktivitet och alla symptom är reversibla (Södersten, Brodin, Zandian, Bergh, 2019).

Metoden grundas teoretiskt i ett evolutionsperspektiv och då svält varit det största hotet mot mänskligheten genom historien så är svält inget onaturligt tillstånd för

kroppen (Södersten et al., 2019). Kroppen kan hantera svält och återställa sig vid tider med bättre tillgång till föda. Ur detta perspektiv är det heller inte konstigt att individen i svält blir mer fysiskt aktiv eftersom syftet är att hitta föda. Vid svält påverkas även individens hjärna och till skillnad från exempelvis KBT så läggs i Mandometer-metoden ingen möda vid att utforska tankar och känslor kopplat till ätbeteendet. Utan de negativa tankarna och känslorna anses gå över då patienten återfår en normalare vikt.

Mandometers öppenvård erbjuder dagvårdsbesök, individuella samtal och gruppsamtal, och samverkan med elevhälsan. Kliniken behandlar alla typer av ätstörningar och patienterna får hjälp med att normalisera ätbeteende och aktivitet. Patienten vilar i värme, får social träning och stärker sitt självförtroende.

Medianåldern för de som behandlats är 21 år med spridningen 11–71 år (Västra Götalandsregionen, 2012). Behandlingsmetoden handlar enligt Södersten et al. (2019) och Södersten, Brodin, Sjöberg, Zandian, Bergh, (2018) om att lära patienten att känna igen sina egna signaler för hunger och mättnad med hjälp av en dator kopplad till en våg, en så kallad Mandometer.

Datorn ger visuell feedback i stunden och syftet är att lära patienterna hur de ska äta och när de ska känna sig mätta, att normalisera ätandet igen efter längre tid av svält där hjärnan och kroppen anpassat sig efter svältläget (Södersten et al, 2019; Södersten et al, 2018). Samtliga patienter har en personlig behandlare som följer dem genom hela behandlingen. Till skillnad från ätstörningsbehandling med familjeterapeutisk inriktning står datorn för kontrollen gällande mat och vikt.

## **Dagvårdsbehandling av ätpatienter**

Syftet med familjedagvård är att undvika inläggning eller att minska inläggningstiden på slutenvård och hjälpa patienten att återfå sådan funktionsgrad att denne kan fortsätta behandlingen i mindre intensiv form i öppenvård. Enligt flera studier (Henderson, Buchholz, Obeid, Mossiere, Maras, Norris, Harrison, Feder, Spettigue, 2014; Goldstein, Peters, McVeagh, Minshall, Fizjames, 2011; Ornstein, Lane-Loney, Hollenbeak, 2012; Simic, Stewart, Eisler, Baudinet, Hunt, O'Brien, McDermott, 2018) har behovet av andra typer av behandlingar uppkommit över tid. Då det blivit tydligt att det varit svårt för vården att möta upp vissa patienter och att behandlingarna ofta blivit långdragna med öppenvårdsinsatser varvat med inläggningar i slutenvård. Det

är särskilt allvarligt då det gäller barn och ungdomar som är under utveckling vars kroppar och hjärnor kan ta stor skada av långvarig svält. Därmed är det viktigt att hjälpa patienterna och föräldrarna att snabbt normalisera ätandet och uppnå en medicinskt godtagbar vikt.

Vidare är det även en ekonomisk fråga då långa behandlingar är kostsamma och resurskrävande (Herpertz-Dahlmann, Schwarte, Krei, Warnke, Wewetzer, Pfeiffer, Fleischhaker, Scherag, Holtkamp, Hagenah, Buhren, Konrad, Kong, 2005; Schmidt, Schade-Brittinger, Timmesfeld, Dempfle, 2014).

Flertalet studier (Herpertz-Dahlman et al., 2005; Goldstein et al., 2011; Henderson et al., 2014; Ornstein et al., 2012; Simic et al., 2018; Wallin & Swenne, 2016) påvisar även nyttan av en mer intensiv vårdform som sker tre till fem dagar i veckan och som inkluderar fokus på normaliserat ätande (ätråning), psykopedagogiska inslag, föräldrastöd och familjeterapeutiska inslag.

## **Familjeterapi och systemteori**

Behandling av barn och ungdomar med ätstörning lägger stor vikt vid att involvera familjen och föräldrarna ses som en resurs och i många fall en nödvändighet för barnets tillfrisknande. Familjeterapi anses idag vara den mest hjälpsamma metoden vi vid behandling av barn och ungdomar med ätstörning (Lock & Le Grange, 2013; Wallin et al., 2015). Metoderna Familjebaserad terapi (FBT) och Multifamiljeterapi (MFT) som familjedagvården har hämtat inspiration och interventioner ifrån har i sin tur inspirerats av systemteori och Strukturell familjeterapi.

Strukturell familjeterapi (Minuchin, 2012; Minuchin & Fishman, 1990) betonar familjens struktur som är de osynliga interaktionsmönster kring vilka familjemedlemmarna organiserar sig. Den grundläggande idén i det strukturella perspektivet är att problem uppstår då familjen har svårt att *organisera sig* för att möta förändringar som sker utifrån livscykeln eller andra former av stressorer. Funktionella familjer är mer flexibla och följsamma i sin organisation gällande att möta stressorer och utmaningar. Familjerna innehar även *tydliga hierarkier och gränser* mellan de olika subsystemen, såsom mellan parets subsystem, föräldrasytemet och barn/syskonsystemet.

Gällande emotionell närhet är relationerna i familjen *insnärjda* eller *frikopplade* (Minuchin, 2012) i den grad som krävs beroende på vart familjen befinner sig på livs-cykeln. Problemen i familjen yttrar sig ofta genom en eller flera *symptombärare* i familjesystemet. I den systemteoretiska kartläggningen är det viktigt att jämföra den *kliniska familjen* med hur en *icke-klinisk familj* fungerar. Familjeterapeutens uppgift blir att analysera familjens struktur och orsakerna till symptomen för att därefter intervensera. Interventionerna syftar ofta till att omstrukturera familjesystemet avseende roller, hierarkier och gränser så att familjesystemet blir mer funktionellt.

Utifrån det systemiska perspektivet kan ätstörningen hypotetiskt således vara ett symptom på ett dysfunktionellt familjemönster. Enligt kommunikationsteori (Watzlawick, Beavin Bavelas, Jackson, 2014) sker mellanmänsklig kommunikation på olika nivåer, *innehållsnivå* och *processnivå*. Det som utspelas på innehållsnivå är oftast det som uttalas och som syns utåt såsom exempelvis ett sjukdomssymptom som en ätstörning. På processnivå sker det som inte är lika synligt och uttalat. Exempelvis i det subtila samspelet mellan familjemedlemmarna inklusive hierarkier, roller och toleransgränser som skapar ett familjemönster som kan vara en grogrund för psykisk ohälsa såsom en ätstörning.

Men ätstörningen kan även uppkommit utifrån som en objuden gäst där ungdomen tagit intryck av faktorer som inte har med familjemönstret att göra såsom gruppträck, media och allmänna värderingar kring kropp och utseende (Lock & Le Grange, 2013). Oavsett så har familjemönstret, homeostasen (Bertalanffy, 2015), påverkats av ätstörningen där familjen ofta anpassat sig till den sjuke som intagit en *metakomplementär roll*, således en särställning i familjen (Lock & Le Grange, 2013; Watzlawick et al., 2014).

Detta medför en förskjutning i familjehierarkin och rollfördelningen där barnet eller ungdomen med ätstörning sätter agendan och föräldrar och ofta även syskon anpassar sig. Vilket medför att sjukdomen vidmakthålls och innebär familjens nuvarande homeostas. Minuchin (2012) liknar detta vid den "anorektiska familjen". Det familjeterapeutiska arbetet handlar således om att ändra på rollfördelningen (Minuchin, 2012) och hjälpa föräldrarna att återta kontrollen i familjen och hjälpa det sjuka barnet att återfå sin roll och bara få vara barn. När det gäller förändring påtalar Minuchin & Fishman (1990) att familjens medlemmar endast kan förändras om det

sker en förändring av sammanhanget de lever i. Således är det en viktig insikt för familjemedlemmarna att förstå att de är delar i en större helhet. Vilket både begränsar och också innebär möjligheter. När problem uppstår i en familj så är familjemedlemmarna en del av problemet och samtidigt en del av lösningen. Familjeterapi handlar enligt Minuchin & Fishman (1990) om att studera familjens transaktionsmönster och därigenom utröna familjens konstruktion av "sin" verklighet. För att i nästa steg förändra familjemedlemmarnas sätt att se på verkligheten krävs det att de får hjälp med att utveckla nya sätt att samspela. Detta innebär en förändring av familjens struktur vilket inom kommunikationsteori ses som en andra ordningens förändring (Watzlawick et al., 2010). En första ordningens förändring är inte lika genomgripande (Watzlawick et al., 2010) och påverkar inte familjens struktur.

## **Syfte och frågeställningar**

Syftet med studien är att undersöka om familjedagvård som metod har effekt på patienter med diagnosen ätstörning genom att mäta patienternas symptom, funktionsnivå samt familjemedlemmarnas skattning av familjefunktion före och efter familjedagvårdsbehandling. Här ingår frågeställningarna:

1. Hur påverkas patienternas vikt?
2. Hur påverkas patienternas funktion?
3. Hur påverkas familjens relationer och funktion?



## Material och metod

För att besvara frågeställningarna används kvantitativ undersökning i form av deskriptiv studie där data samlats in med hjälp av skattningsformuläret SCORE-15 samt att patienternas vikt, BMI och C-GAS noterats vid in- och utskrivning.

### Urval och population

Urvalet av familjedagvård var ett bekvämlighetsurval; familjedagvård som genomförs på BUP Linköping. Populationen i studien består av nio patienter (N=9) samtliga flickor med elva föräldrar (N=11) varav åtta mammor och tre pappor, se tabell 1. Av patienterna var 100 % flickor och av deltagande föräldrar var 72,7% kvinnor och 27,2 % män. 33,3 % av patienterna kom från slutenvård och 66,6 % av patienterna kom från öppenvård.

**Tabell 1.**

Översikt av deltagare i studien						
Familjer	Kön	Förälder	Patient	År	Från slutenvård	Från öppenvård
Familj 1	Kvinna		1	12	X	
	Man	Far		59		
Familj 2	Kvinna		2	16	X	
	Kvinna	Mor		42		
Familj 3	Kvinna		3	16		X
	Kvinna	Mor		51		
Familj 4	Kvinna		4	12		X
	Kvinna	Mor		41		
Familj 5	Kvinna		5	11		X
	Kvinna	Mor		46		
Familj 6	Kvinna		6	13	X	
	Kvinna	Mor		40		
Familj 7	Kvinna		7	16		X
	Kvinna	Mor		46		
Familj 8	Kvinna		8	14		X
	Kvinna	Mor		43		
	Man	Far		44		
Familj 9	Kvinna		9	16		X
	Kvinna	Mor		42		
	Man	Far		50		
Totalt antal (N)	20	11	9	20	3	6

Medelåldern bland patienterna var 14 år, bland papporna 51 år och 43,8 år för mammorna, se tabell 2.

**Tabell 2.**

<b>Åldersfördelning bland deltagarna i studien</b>					
	Fördelning	Yngst	Äldst	Medel- ålder	Standard- avvikelse
Patienter/barn	9	11	16	14	2,062
Mödrar	8	40	51	43,8	3,603
Pappor	3	44	59	51	7,549
	20				

Urvalet har skett utifrån remisser från ansvarig läkare eller behandlare antingen från den slutna avdelning S102 eller från öppenvårdsmottagningen på BUP Linköping. Patient med föräldrar har därefter kallats till ett bedömningssamtal med två behandlare från familjedagvårdsteamet. Vid behandlingskonferens har teamet sedan kommit överens om patienten med familj bedömts som lämplig deltagande i studien. Alla familjer som erhö­ll familjedagvård under studien hade ett barn eller ungdom upp till 18 år som var diagnostiserad med anorexia nervosa eller atypisk anorexia.

Inklusionskriterier för deltagande i studien var patienter med diagnoserna anorexia nervosa eller atypisk anorexia, barn och ungdomar upp till 18 år. Det var ingen begränsning avseende hur lång eller kort tid patienten varit sjuk.

Exklusionskriterier var ifall patienten bedömdes alltför somatisk instabil och/eller i behov av sluten vård. Om det förekom pågående missbruk hos patient eller föräldrar samt symptomgivande psykos hos patient eller förälder.

Angående bortfall var det tre familjer som valde att avsluta behandlingen i förtid. Familjerna ingår inte i studien då de inte fullföljde behandlingen och det därför inte gick att mäta utfallet eller att det skulle bli missvisande om dessa familjer togs med i studien.

# Procedur

## Datainsamling

För att besvara frågeställningen *hur påverkas patienternas vikt* har vikt och BMI noterats av forskningsledaren i ett exceldokument vid inskrivning och utskrivning. Body Mass Index (BMI) innebär de gränsvärden som WHO satt upp för att mäta och fastställa undervikt, normalvikt, övervikt och fetma. Måttet beräknas och sammanställs utifrån individens längd och vikt. Undervikt innebär ett BMI-mått under 18,5, normalvikt ett BMI-mått från 18,5 till 24,9, övervikt ett BMI-mått från 25 till 29,9 och fetma ett BMI- mått som överstiger 30 (WHO, 2021).

För att besvara frågeställningen *hur påverkas patienternas funktion* har C-GAS (Shaffer, Gould, Brasic, Ambrosini, Fisher, Bird & Aluwahlia, 1983) noterats av forskningsledaren i nämnda exceldokument vid inskrivning och utskrivning. C-GAS används både kliniskt och inom forskning vid studier av behandlingsutfall (Björk, 2015) och i gällande behandling skattades patienterna första veckan och vid avslutet på behandlingen. Det finns inga cut-off värden avseende C-GAS i Sverige (Uppdrag psykisk hälsa, 2014) men ett C-GAS värde mellan 60-70 brukar anses som en indikation på *möjlig* psykisk ohälsa och ett värde under 60 som ett *troligt* fall av psykisk ohälsa.

Samtliga i familjedagvårdsteamet har utbildats genom BUP i att sätta C-GAS värden och bedömningarna har skett i samråd under teamets veckovisa behandlingskonferenser på fredagar. Första skattningen gjordes på fredagen efter patientens inledande vecka i behandlingen. Detta eftersom första veckan en kartläggning av patientens problematik och familjens funktion.

Slutligen för att besvara frågeställningen *hur påverkas familjens relationer och funktion* har data samlats in med hjälp av skattningsformuläret SCORE-15. Enligt Carr, Stratton, (2017) är SCORE-15 ett skattningsinstrument som är väldigt känsligt vid mätning av familjeterapeutisk förändring. Mätinstrumentet är väl etablerat och har funnits sedan 2010 och är översatt till flera språk (Stratton, Bland, Janes, Lask, 2010).

Instrumentet genererar ett totalvärde samt tre olika värden på variablerna *styrkor*, *problem* och *kommunikation* (Stratton et al., 2010). Variabeln *problem* beskriver

familjens upplevelse av att vara överhopad och överväldigad av svårigheter och känslan av att allt blir fel. Variabeln *kommunikation* påvisar att kommunikationen mellan familjemedlemmarna fungerar och inte fungerar. Variabeln *styrkor* slutligen beskriver familjens förmåga att hantera svårigheter, hur familjen kan anpassa sig och hitta nya förhållningssätt till nya situationer, att känna tillit till varandra samt att bry sig om och ta hand om varandra.

Enligt Fay, Carr, O'Reilly, Cahill, Dooley, Guerin, Stratton, (2013) har SCORE 15 ett medelvärde 1,9 avseende alla föräldrars svar i irländsk kontext. Utifrån det föreslås ett cut-off värde för dysfunktionell familjefunktion på >2,9 avseende 10% av familjerna med lägst familjefunktion. Dock visar mätningar i svensk kontext enligt Zetterqvist et al., (2019) avseende kliniska och icke-kliniska familjer ett något lägre cut-off värde under 90 percentilen. Således ett cut-off värde under 2,9. I gällande studie används ovanstående värden som riktvärden. Värdena blir avseende funktionella familjer medelvärdet >1,9 och dysfunktionella familjer cut-off värdet >2,9

Insamlingen av data har pågått från februari 2020 till maj 2021. Score enkäten lämnades ut till patienter och föräldrar vid två tillfällen; det första tillfället vid första dagen för behandling och det andra tillfället vid sista dagen för behandling.

Tidsintervallet mellan de två mättillfällena var åtta veckor. Efter det att Score enkäten fyllts i kontrollerade forskningsledaren att samtliga frågor fyllts i. Om inte samtliga frågor var ifyllda påtalade forskningsledaren det till patient och föräldrar där sedan vederbörande, förälder eller patient som missat, fick fylla i resterande frågor.

Patienter och föräldrar fyllde i respektive enkät i ett gemensamt behandlingsrum. De kunde vid oklarheter kontakta forskningsledaren i ett angränsande rum.

Deltagarna kodades med en sifferkod efter den turordning de deltog i studien. Vidare noterades i ovan nämnda exceldokument ifall patienten remitterats från öppenvård eller slutenvård.

## **Behandling av data**

Data från samtliga formulär samt uppgifter om vikt och BMI skrevs in i SPSS IBM Statistics 27 för Windows.

## Dataanalys

Deskriptiv analys redovisas med frekvens, procent och chi2-test för kategoriska data samt medelvärden och standardavvikelser för kontinuerliga data. Oberoende t-test används för att jämföra medelvärden i före- och eftermätning avseende skattningsformulären som lämnas ut vid inskrivning och utskrivning från familjedagvården. Effektstorleken beräknas med Cohens (1988) kriterier 20, 50 och 80 för liten, medium och stor effekt och för alla statistiska analyser används SPSS IBM Statistics 27 för Windows.

## Forskningsetiska överväganden

Angående forskningsetiska principer har Vetenskapsrådet (2017) fastställt forskningsetiska principer för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning. Riktlinjerna påtalar fyra allmänna forskningsetiska principer som utgångspunkt för tillgodoseende av det grundläggande individskyddskravet. Här ingår *konfidentialitetskravet, informationskravet, samtyckeskravet och nyttjandekravet.*

Studien genomfördes på uppdrag av verksamhetschef Åsa Lundberg på Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Linköping. De medverkande patienterna och övriga familjemedlemmar oidentifierades och fick istället för namn en siffra som kod vilket är viktigt utifrån kravet på *konfidentialitet*. Utgångspunkten här är att utomstående inte ska kunna identifiera någon av de medverkande och därav kan ingen av de medverkande ta skada av medverkan utifrån den aspekten. Skattningar och annat material förvarades inlåst och oåtkomligt för utomstående och förstördes när studien var klar. Dock kan konfidentialiteten ifrågasättas då det är två familjer under behandling samtidigt vilka träffas och umgås under måltider, familjeövningar och föräldrargrupp. Här väljer patienter och föräldrar själva vad de delar med sig av. Vi kan hänvisa till att vi som behandlare har sekretess angående det som uppkommer i behandlingen men sekretessen är ingen tvingande lagstiftning för patienter och föräldrar.

Patienter och föräldrar fick inför behandlingen både muntlig och skriftlig information om att familjedagvården är ett projekt och att familjen genom sitt deltagande medverkar i en studie för vidare utvärdering av familjedagvården. Familjerna samtyckte genom att tacka ja och delta i behandlingen och samtycket dokumenterades. Familjerna har även informerats om att de när som helst kunnat

avbryta sin medverkan utan att det får negativa konsekvenser. Sammantaget ligger detta i linje med de forskningsetiska principerna och uppfyller kraven avseende *information* och *samtycke* till ett frivilligt deltagande samt även *nyttjandekravet*.

Det går dock att problematisera kring hur frivilligt deltagandet varit och vad alternativet var. Deltagarna kan hypotetiskt känt sig tvingade att fylla i skattningarna, trots förmaningar om att det är frivilligt.

En begränsande faktor när det handlar om att dra slutsatser är att det i studien inte ingått någon kontrollgrupp att jämföra emot. Således en grupp med patienter som fått sedvanlig behandling på öppenvården exempelvis. Därav går det inte att fastställa att resultaten kan hänvisas direkt till familjedagvården. Dock bör det understrykas att medverkande patienter inte fått någon annan behandling under tiden på familjedagvården.

## **Validitet och reliabilitet**

I gällande studie används bedömningsinstrumentet C-GAS och mätinstrumentet SCORE-15. Valet av skattningsformuläret SCORE-15 har gjorts utifrån att familjedagvården innehåller en stor del familjeterapeutiska interventioner och SCORE-15 mäter förändringar i familjefunktionen. Validitet handlar om att mätinstrumentet mäter det som det ska mäta medan reliabilitet påtalar med vilken noggrannhet instrumentet mäter (Bryman, A., 2008, Eriksson, B., G., Karlsson, P-Å., 2008). C-GAS används för att bedöma patientens funktionsnivå före och efter behandlingen, således mer på individnivå. Vidare sker viktmätning före och efter behandling där även BMI räknas ut vilket även ger indikation på patientens somatiska mående.

## Resultat

Resultatet visar att alla patienternas vikt och BMI ökat och att patienternas C-GAS ökat i samtliga fall förutom en patient som hade ett oförändrat värde vid in- och utskrivning. Patienternas och föräldrarnas skattningar med SCORE-15 enkäten tyder på familjefunktionen är oförändrad och att behandlingen inte förvärrar situationen.

### Hur påverkas patienternas vikt och BMI?

Vid inskrivning hade fem patienter ett BMI mått under normal-värdet 18,5 (patienterna 1, 3, 4, 5, 6), se tabell 3. Av dessa remitterades patienterna 1, 3 och 6 från slutenvården och patienterna 4, 5 från öppenvården, se tabell 1.

Fyra patienter hade ett BMI- mått över normalvärdet redan vid inskrivning (patienterna 2, 7, 8, 9), se tabell 3. Vid utskrivning hade sex patienter ett BMI-mått som låg över normal-värdet 18,5 (patienterna 2, 5, 6, 7, 8, 9). Tre patienter låg under normalvärdet även vid utskrivning till vidare behandling i öppenvården (patienterna 1, 3, 4). Patienterna 1, 3 och 4 hade dessutom lägst BMI-mått både vid inskrivning och utskrivning från familjedagvården.

### Tabell 3.

#### Patienternas vikt och BMI före och efter familjedagvården

Patient	Vikt, kg Före behandling	Vikt, kg Efter behandling	BMI Före behandling	BMI Efter behandling
1	31,95	35,50	15,70	17,5
2	60,30	64,10	19,60	20,8
3	43,80	45,40	14,90	15,4
4	39,25	41,40	15,30	16,2
5	36,50	41,20	16,80	19,5
6	49,10	57,10	16,80	19,5
7	61,50	64,00	20,60	21,5
8	53,80	55,60	20,10	20,8
9	48,60	50,70	19,00	19,8
Totalt antal	9	9	9	9



## Hur påverkas patienternas funktion?

För att mäta patienternas funktion användes bedömningsinstrumentet C-GAS där åtta patienter (patienterna 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9) ökade sina värden och därmed sin funktion utifrån den samlade bedömningen som behandlarteamet har gjort, se tabell 4. Patient 8 hade samma vid in- och utskrivning. Patient 1 skattades vid utskrivning med 79 vid och kan anses som i det närmaste "frisk". Övriga patienter skattades samtliga under 70 med ett spann från 44 till 68. Två patienter hade ett in-värde som ligger inom spannet för att intensifierad öppenvård eller inläggning på slutenvård troligtvis är nödvändig (patient 2 in-värde 33 och patient 6 in-värde 37). Båda patienterna remitterades från slutenvården.

### Tabell 4.

#### Patienternas funktion före och efter familjedagvården

Patient	C-GAS Före behandling	C-GAS Efter behandling
1	55	79
2	33	44
3	49	50
4	47	50
5	47	58
6	37	50
7	60	65
8	68	68
9	51	61
Totalt antal	9	9

## Hur påverkas familjens relationer och funktion?

Enligt tabell 5 avseende barnens svar på SCORE-15 på grupp­nivå sker en sänkning i kolumnen mean både gällande medelvärde från föremätning till eftermätning och totalvärde föremätning till eftermätning. Detta tyder på en upplevd förbättring av familjefunktionen.

**Tabell 5.**

### Patienternas medelvärde och totalvärde före och efter familjedagvården

SCORE-15					
	Antal svarande patienter	Minimum	Maximum	Mean	Std. Avvikelse
<b>Medelvärde</b> Före behandling	9	1,20	3,20	1,94	,81225
<b>Medelvärde</b> Efter behandling	9	1,13	3,33	1,82	,76956
<b>Totalt värde</b> Före behandling	9	18,00	48,00	29,22	12,18378
<b>Totalt värde</b> Efter behandling	9	17,00	50,00	27,33	11,54340
Valid N (listwise)	9				

Vid en närmare titt på vad som finns bakom medel- och totalvärden redovisas i Tabell 6 variablerna *styrkor*, *problem* och *kommunikation*. Variabeln styrkor är i kolumnen mean oförändrad före- och efter behandlingen med samma värde vid båda mättillfällena. Gällande variabeln problem påvisas en sänkning från föremätning till vid eftermätning som tyder på att barnen upplever att familjen inte är lika överhopad av problem längre. Även variabeln kommunikation påvisar en minskning från föremätning till vid eftermätning vilket tyder på en upplevt förbättrad kommunikation.

### Tabell 6.

#### Patienternas skattningar före- och efter familjedagvården

SCORE-15					
Variabler i SCORE-15	Antal svarande patienter	Minimum	Maximum	Mean	Std. Avvikelse
<b>Styrkor</b> Före behandling	9	1,00	2,80	1,93	,74162
<b>Styrkor</b> Efter behandling	9	1,00	2,80	1,93	,71414
<b>Problem</b> Före behandling	9	1,00	3,60	2,00	1,11355
<b>Problem</b> Efter behandling	9	1,00	3,80	1,77	1,04137
<b>Kommunikation</b> Före behandling	9	1,00	3,20	1,91	,70789
<b>Kommunikation</b> Efter behandling	9	1,00	3,40	1,75	,76012
Valid N (listwise)	9				

Föräldrarnas skattningar påvisar enligt tabell 7 i kolumnen *mean* att ingen förändring av det totala medelvärdet skett för föräldrarna på grupp­nivå från föremätning till eftermätning. Dock sänks det totala värdet från föremätning till eftermätning.

**Tabell 7.**

**Föräldrarnas totalvärde och medelvärde före och efter familjedagvården**

<b>SCORE-15</b>					
	Antal svarande föräldrar	Minimum	Maximum	Mean	Std. Avvikelse
<b>Medelvärde</b> Före behandling	11	1,13	2,80	1,81	,56967
<b>Medelvärde</b> Efter behandling	11	1,07	2,33	1,81	,45589
<b>Totalt värde</b> Före behandling	11	17,00	42,00	27,27	8,54507
<b>Totalt värde</b> Efter behandling	11	16,00	35,00	27,18	6,83839
Valid N (listwise)	11				

Tabell 8 redovisar föräldrarnas svar på grupp­nivå utifrån variablerna *styrkor*, *problem* och *kommunikation*.

Variabeln *problem* påvisar kolumnen *mean* ett oförändrat värde på vid före- och eftermätning. Variabeln *kommunikation* påvisar ett något försämrat värde på grupp­nivå genom föremätning och eftermätning. Medan variabeln *styrkor* påvisar en sänkning från föremätning till eftermätning som antyder att föräldrarna upplever att familjens funktion att hantera svårigheter, att anpassa sig och hitta nya förhållningssätt till nya situationer har förbättrats.

### Tabell 8.

#### Föräldrarnas skattningar före och efter familjedagvården

SCORE-15					
Variabler i SCORE-15	Antal svarande föräldrar	Minimum	Maximum	Mean	Std. Avvikelse
<b>Styrkor</b> Före behandling	11	1,00	3,00	1,72	,58837
<b>Styrkor</b> Efter behandling	11	1,00	2,20	1,67	,51593
<b>Problem</b> Före behandling	11	1,00	3,20	1,98	,78717
<b>Problem</b> Efter behandling	11	1,00	3,00	1,98	,64779
<b>Kommunikation</b> Före behandling	11	1,00	2,80	1,74	,59391
<b>Kommunikation</b> Efter behandling	11	1,20	2,40	1,78	,42384
Valid N (listwise)	11				

Tabell 9 redovisar före- och eftermätningar av SCORE-15 föräldrar och barn gemensamt. Här påvisas i kolumnen *mean* att samtliga variabler *styrkor*, *problem* och *kommunikation* minskat. Även total poäng och poängen för medelvärde har minskat. När samtliga deltagare slås ihop blir det således en samlad positiv effekt.

Antalet deltagare (N=20) motsvarar inte populationen som krävs för att påvisa signifikanta skillnader. Dock kan värdena påvisa åt vilken riktning behandlingen går.

**Tabell 9.**

**Sammanställning av alla deltagare i studien före och efter familjedagvården**

**SCORE-15**

<b>Variabler i SCORE-15</b>	Antal svarande	Minimum	Maximum	Mean	Std. Avvikelse
<b>Styrkor</b> Före behandling	20	1,00	3,00	1,82	,65180
<b>Problem</b> Före behandling	20	1,00	3,60	1,99	,92104
<b>Kommunikation</b> Före behandling	20	1,00	3,20	1,82	,63544
<b>Total poäng</b> Före behandling	20	17,00	48,00	28,15	10,09573
<b>Medelvärde</b> Före behandling	20	1,13	3,20	1,87	,67305
<b>Styrkor</b> Efter behandling	20	1,00	2,80	1,79	,61035
<b>Problem</b> Efter behandling	20	1,00	3,80	1,89	,82965
<b>Kommunikation</b> Efter behandling	20	1,00	3,40	1,77	,58138
<b>Total poäng</b> Efter behandling	20	16,00	50,00	27,25	8,98464
<b>Medelvärde</b> Efter behandling	20	1,07	3,33	1,81	,59898
Valid N	20				

## Resultatdiskussion

Syftet med studien är att undersöka om familjedagvård som metod har effekt på patienter med diagnosen ätstörning genom att mäta patienternas symptom, funktionsnivå samt familjemedlemmarnas skattning av familjefunktion före och efter familjedagvårdsbehandlingen.

Resultatet påvisar att alla patienterna har ökat i vikt och BMI. Även patienternas C-GAS har ökat i samtliga fall. Förutom en patient som hade ett oförändrat men högt värde vid in- och utskrivning. Patienternas och föräldrarnas skattningar med SCORE-15 enkäten tyder på familjefunktionen är oförändrad och att behandlingen inte förvärrar situationen. I det följande diskuteras det som framkommit i resultatdelen utifrån frågeställningarna, *hur påverkas patienternas vikt och BMI, hur påverkas patienternas funktion och hur påverkas familjens relationer och funktion?*

### Hur påverkas patienternas vikt och BMI?

Enligt Simic et al., (2018) Henderson et al., (2014), Goldstein et al., (2011), Ornstein., (2012) har behovet av kompletterande behandlingar till öppenvård och slutenvård uppkommit. Då det blivit tydligt att det varit svårt för vården att möta upp vissa patienter och att behandlingarna ofta blivit långdragna med öppenvårdsinsatser varvat med inläggningar i slutenvård. Det är särskilt allvarligt då det gäller barn och ungdomar som är under utveckling vars kroppar och hjärnor kan ta stor skada av långvarig svält.

När det gäller svält och undervikt innebär ett BMI-mått under 18,5 undervikt, normalvikt ett BMI-mått från 18,5 till 24,9, övervikt ett BMI-mått från 25 till 29,9 och fetma ett BMI-mått som överstiger 30 (WHO, 2021). Avseende BMI låg fem patienter relativt långt under värdet 18,5. Av dessa remitterades tre patienter från slutenvården och två patienterna från öppenvården. Tre av dessa patienter låg under normalvärdet BMI 18,5 även vid utskrivning till vidare behandling i öppenvården. Samtliga patienter ökade dock sina BMI-värden och kunde återgå till vård i öppenvården. Detta har skett oavsett ålder, utvecklingsnivå, sjukdomsgrad eller ifall de remitterats från öppenvård eller slutenvård. Att alla patienters symptom minskat kan tyda på behandlingens styrka och funktionalitet och att den kan vara till nytta för många patienter med familjer i målgruppen. Vidare att behandlingen är ett bra komplement till öppenvård

och slutenvård och svarar upp på behovet som Simic et al., (2018), Henderson et al., (2014), Goldstein et al., (2011), Ornstein et al., (2012) beskriver.

*Således indikerar detta att familjedagvård verkar ha positiv effekt på patienternas vikt och BMI oavsett ifall de remitteras från öppenvård eller slutenvård.*

*Vidare att familjedagvård är ett bra komplement till öppenvårdsbehandling och slutenvårdsbehandling av patienter med ätstörning.*



## **Hur påverkas patienternas funktion?**

Wallin et al. (2015) beskriver att ätstörningen ofta innebär att patientens livssituation helt kommit att präglas av sjukdomen. Med konsekvenser såsom ett plågsamt utanförskap, begränsade sociala relationer, bekymmer med studier och arbete samt en oförmåga att etablera ett familjeliv.

Ofta har ätstörningen inget att göra med kroppsvikten utan det handlar om känslor där själva störningen sitter i ångesten, kontrollbehovet och sedermera fixeringen vid mat (Wallin et al., 2015). Många ungdomar med ätstörning känner sig ensamma, misslyckade och bärande på en enorm känsla av skam. Ätstörningen blir ett sätt att ta kontroll över livet och känslorna vilket medför att det kan kännas som en fobi för att gå upp i vikt och att ätstörningen blir en del av ens identitet.

C-GAS mäter patienternas funktionsnivå överlag och inbegriper samtliga delar av livet (Shaffer et al., 1983). En ökad C-GAS tyder således på att patientens möjligheter att återgå till ett normalt liv med ett meningsfullt innehåll ökat.

Åtta av de nio patienterna bedömdes ha fått förbättrad funktion varav den nionde hade samma värde och relativt hög funktionsnivå vid in- och utskrivning. Två av patienterna uppskattades innan behandlingen ha en C-GAS på 33 respektive 37. Vilket är inom spannet för att patienterna kunde varit fortsatt inlagda på den slutna avdelningen och således relativt allvarligt sjuka. Dock genomförde patienterna med familj behandlingen och tillfrisknade såpass att de sedan kunde behandlas i öppenvården.

Sammantaget tyder detta på att familjedagvården verkar ha god effekt avseende symptomreduktion även på relativt svårt sjuka patienter. Vidare att syftet här uppfylldes med att både förhindra och minska inläggningstiden på slutenvården.

*Detta indikerar att familjedagvård verkar ha positiv effekt på patienternas funktionsnivå oavsett ifall de remitteras från öppenvård eller slutenvård.*

## **Hur påverkas familjens relationer och funktion?**

Teoretiskt vilar familjedagvårdens behandling på metoderna, Strukturell familjeterapi, Familjebaserad terapi (FBT) och Multifamiljeterapi (MFT) som i sin tur vilar på en systemteoretisk grund. Det som skiljer dagens familjeterapi från tidigare familjeterapi riktad mot behandling av ätstörning är enligt Wallin et al., (2015) och Accurso &

Forsberg (2020) att familjen idag ses som en resurs och att ätstörningen kommit in i familjen som en "objuden gäst". Det talas inte längre om den "anorektiska familjen".

Samtidigt påtalar systemteorin enligt Bertalanffy (2015) att alla delar i systemet påverkar varandra. Vilket är både på gott och ont, där ätstörningens uppdykande som en objuden gäst enligt Wallin et al., (2015) och Lock & Le Grange (2013) medför att alla familjen anpassar sig till sjukdomen. Samtliga i familjen blir därför en del av problemet och samtidigt en del av lösningen. Detta är grunden till att familjeterapi är så funktionell och nödvändig vid behandling av barn och ungdomar som drabbas av ätstörning. Som Minuchin & Fishman (1990) påtalar kan familjens medlemmar endast förändras om det sker en förändring av sammanhanget de lever i.

Samtliga medverkande familjer skattar under 90 percentilen (>1,9) och långt ifrån cut-off värdet 2,9 som Fay et al., (2013) satt upp avseende dysfunktionell familjefunktion vilket påvisar att det är familjer med förhållandevis normal familjefunktion både vid före-och eftermätning. Trots att samtliga indikatorer minskat något från föremätning till eftermätning och så även det totala medelvärdet, så bör mätningarna anses tyda på en oförändrad familjefunktion på gruppnivå. Resultatet antyder dock att behandlingen inte förvärrar familjefunktionen utifrån gällande sammanställning av föräldrar och barn på gruppnivå. Frågan är om detta talar emot Wallin et al., (2015) avseende att familjerna anpassar sig till ätstörningen eller behöver anpassningen innebära att familjen blir dysfunktionell? Eller att familjen inte upplever sig som dysfunktionell? Som Minuchin & Fishman (1990) påtalar så innebär familjemönstret att familjen skapat sin egen verklighetsuppfattning och således inte själva kan se vad som sker. Vilket blir terapeutens uppgift att hjälpa dem med.

När föräldrar och patienter särskiljs åt antyder föräldrarnas skattningar en oförändrad familjefunktion från föremätning till eftermätning. Värdet är detsamma vid båda mätningarna och under medelvärdet >1,9. Det påvisar att föräldrarna överlag skattar sina familjer som funktionella redan inför och efter behandlingen på familjedagvården.

Föräldrarnas skattningar kopplat till variablerna styrkor, problem och kommunikation påvisar förbättring avseende variabeln *styrkor*. Det antyder att föräldrarna upplever att familjens förmåga att hantera svårigheter, att kunna anpassa sig och hitta nya förhållningssätt till nya situationer, att känna tillit till varandra och att bry sig om och ta

hand om varandra förbättrats. Värdet är oförändrat avseende variabeln *problem* som skattar föräldrarnas upplevelse av att familjen är överhopad och överväldigad av svårigheter och känslan av att allt blir fel. Avseende variabeln *kommunikation* som anger föräldrarnas upplevelse av hur kommunikationen fungerar påvisas rentav en svag försämring med ett ökat värde vid eftermätning. Hypotetiskt kan det handla om att föräldrarna fått syn på eller blivit medvetna om hur de kommunicerar.

När det gäller patienternas skattningar påvisas en sänkning av medelvärdet före och efter behandlingen. Sänkningen kan tyda på att familjefunktionen förändrats till det bättre utifrån patienternas uppfattning.

När variablerna styrkor, problem och kommunikation inkluderas är värdet för variabeln *styrkor* detsamma vid båda mättillfällena. Det antyder att patienterna upplever att familjens förmåga att hantera svårigheter, att kunna anpassa sig och hitta nya förhållningssätt till nya situationer, att känna tillit till varandra och att bry sig om och ta hand om varandra är oförändrad.

Avseende variabeln *problem* sker en sänkning av värdet från föremätning till eftermätning som kan tyda på en förbättring. Även avseende variabeln *kommunikation* som påvisar om kommunikationen fungerar eller inte i familjen sker en sänkning av värdet och således en trolig förbättring.

Anmärkningsvärt är framförallt att patienternas skattningar redovisar mer upplevelse av förändring. Medan föräldrarnas skattningar visar mindre upplevelse av förändring och rentav viss försämring. Patienternas värden ligger i vissa fall vid föremätning över medelvärdet  $>1,9$  som antyder kliniska svårigheter. Samtidigt är det långt ifrån cut-off värdet  $2,9$  avseende en dysfunktionell familj. Medan föräldrarnas föremätningar varken hamnar på eller över gällande medelvärde  $>1,9$ . En försiktig slutsats som kan dras är att patienterna i studien hade en mer negativ uppfattning om familjens funktion än föräldrarna. En anledning till det kan vara att många barn och ungdomar som insjuknar i en ätstörning klandrar sig själv som Wallin et al., (2015) påtalar och skäms över situationen de försatt sig själva och sina närstående i.

Samtidigt är föräldrarnas villkorlösa stöd avgörande för patientens tillfriskande eftersom bakomliggande faktorer enligt Wallin et al., (2015) ofta har relationella inslag. Såsom att många patienter med ätstörning känner sig ensamma, misslyckade och bärande på en enorm känsla av skam. Ätstörningen blir ett sätt att ta kontroll

över livet och känslorna vilket medför att det kan kännas som en fobi för att gå upp i vikt och att ät­störningen blir en del av ens identitet (Wallin et al., 2015).

Teoretiskt kan detta kopplas till kommunikationsteori (Watzlawick et al., 2014) där ät­störningen på *innehållsnivå* är ett symptom på att patienten på *processnivå* känner sig ensam och misslyckad. För att verkligen utmana sjukdomens toleransgräns så behöver terapin handla om det som sker på processnivå. Således känslorna och upplevelserna bakom ät­störningen och vad den *egentligen* står för.

Vid eftermätning redovisar barnen även större grad av skattad förändring än föräldrarna som även i något avseende på grupp­nivå uppfattar att ingen förändring alls skett eller att rentav en viss försämring skett. Dock är försämringen marginell och ligger under medelvärdet >1,9 och således inom ramen för att familjen är funktionell.

Hypotetiskt kan detta sammantaget handla om att föräldrar och barn på­börjat en förändringsprocess i familjedagvården där de faktiskt kommunicerar om hur de upplever tillvaron tillsammans och vad de skulle önska bör förändras. Detta kan vara en indikation på att familjen med stöd av behandlarna arbetar med det väsentliga och att de på process­nivå arbetar med att utmana de anpassningar ät­störningen inneburit för familjen.

Om så sker sätter det hypotetiskt igång feedbackprocesser (Watzlawick et al., 2011) i familjen där de upprepade försöken att utmana ät­störningen leder till negativ feedback i form av ångest och konflikter med det drabbade barnet. Här ingår även att föräldrarna kan vara olika indragna och "medberoende" med det drabbade barnet vilket behöver hanteras så att familjen kommer vidare. Vandrigen mot en förändrad familjefunktion och homeostas brukar vara en smärtsam process och kan upplevas som en försämring i familjen initialt.

Utifrån det systemteoretiska synsättet att summan av delarna skapar en unik helhet (Bertalanffy, 2015) och att alla i familjen påverkas av varandra och att individerna endast kan förändras om sammanhanget de lever i förändras (Minuchin & Fishman 1990) så är det intressant att belysa det faktum att när samtliga deltagare slås ihop får det positiv effekt genom en sänkning på samtliga variabler.

Sammanfattat är underlaget för litet avseende population för att göra bedömningen att en andra ordningens förändring skett i de medverkande familjerna. En andra

ordningens förändring är enligt Watzlawick et al., (2011) en genomgripande och strukturell förändring av familjesystemet. Dock finns indikatorer på att processer påbörjats i familjerna avseende förändringar i familjernas struktur och funktion. Processer som troligtvis kommer bära frukt i den vidare öppenvårdsbehandlingen.

Utifrån denna studie går det ändå fastslå *att familjedagvård inte förvärrar familjefunktionen.*

## **Metoddiskussion**

En fråga som här bör diskuteras är risken för bias i gällande studie. Enligt Egidius (2016) avses risken för bias i forskningssammanhang en snedvridning av forskningsresultat och slutsatser till följd av mer eller mindre oavsiktliga fel som kan ha sin grund i forskarens förutfattade mening, förförståelse eller önskemål om att resultaten ska överensstämja med dennes teori eller hypotes.

Denna fråga är relevant att diskutera då undertecknad arbetar i familjedagvården som familjebehandlare. Här ingår avsevärda risker för bias då undertecknad har en förförståelse och en subjektiv önskan att behandlingen ska ge goda resultat. För att minska risken för bias är det därför viktigt att vara försiktig avseende slutsatser om behandlingens fördelar, framförallt gällande resultaten från SCORE-15. Samtidigt bidrar användandet av ett väletablerat skattningsformulär såsom SCORE-15 till att minska risken för bias jämfört med ifall ett egenutvecklat formulär använts.

Även avseende C-GAS finns det risk för bias då behandlarteamet själva skattat patienternas funktionsförmåga inför- och efter behandlingen.

## **Konklusioner**

- Familjedagvård verkar ha positiv effekt på patienternas vikt och BMI oavsett ifall de remitteras från öppenvård eller slutenvård.
- Familjedagvård verkar ha positiv effekt på patienternas funktionsnivå oavsett ifall de remitteras från öppenvård eller slutenvård.
- Familjedagvård är ett bra komplement till öppenvård och slutenvård samt indirekt till mellanvård.
- Familjedagvård förvärrar inte familjefunktionen.

## **Fortsatt forskning**

Då denna studie främst inriktats mot patienten och dennes familj vore det vid nästa steg intressant att få ta del av statistik från öppenvård, slutenvård och mellanvård. Avseende hur effekterna ser ut där med förhoppningsvis minskad vårdtid i slutenvård och mellanvård. Vidare även intervjua behandlare i öppenvården om deras uppfattning om familjedagvården underlättar deras arbete och vilka funktioner de ser med behandlingsformen.

Det skulle även vara intressant med en fördjupning av patienterna och familjernas uppfattning om vårdformen, vad som varit mest hjälpsamt och vad som varit mindre hjälpsamt. Här skulle frågeställningen kunna vara *hur har familjedagvården effekt på patienter och familjen?*

Utöver detta fortsätta samla in material så att det blir en tillräckligt stor population för att mäta de familjeterapeutiska interventionernas effekt med SCORE-15.

## Referenser:

- Accurso, E., C., Forsberg, S. (2020). Eating disorders. In: Feldman, M., D., Christensen, J., F. (ed). Satterfield, J., M., Laponis, R. (ass. ed.). *Behavioral medicine. A guide for clinical practice. Fifth edition.* New York: McGraw Hill.
- Bertalanffy, L. (2015). *General system theory: Foundations, Development, Applications.* New York: George Braziller, Inc.
- Björk, C. (2015). Stepwise BUP. Verksamhetsutveckling genom systematisk registrering som stöd för kvalitetsarbete, patientsäkerhet och uppföljning. *BUP-rapport. FOU-rapport. (2).* Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting.
- Bohn, K., Fairburn, C., G. (2008). *The clinical impairment assessment questionnaire.* Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guildford Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design.* Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard university press.
- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder.* Stockholm: Liber AB.
- Carr, A., Stratton, P. (2017). The score family assessment questionnaire: a decade of progress. *Family Process.* (56) sid. 285-301.
- Capio. (2021). *Beskrivning av metoden KBT-E.* Hämtad (20210518) från [Vård dygnet runt - \(capio.se\)](http://vard.dygnet.runt-(capio.se))
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* Routledge.
- Dalen, M. (2007). *Intervju som metod.* Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Dunerfeldt, M., Elmund, A., Söderström, B. (2010). *Bedömningsinstrument inom BUP Stockholm.* Utvecklings- och utvärderingsenheten, Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns Landsting.
- Egidius, H. (2008). *Psykologilexikon.* Stockholm: Natur & Kultur.
- Eklundh, T. (2013). *Psykiatri för primärvården.* Lund: Studentlitteratur AB.
- Eriksson, B., G., Karlsson, P-Å. (2008). *Att utvärdera välfärdsarbete.* Stockholm: Gothia förlag.

Fairburn, C., G., (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guildford.

Fairburn, C., G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behavior research and therapy*. (41) sid. 509-528.

Fairburn, C., G., Beglin, S., J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International journal of eating disorders*. (16:4) sid. 363-370. Doi: 10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23.

Fay, D., Carr, A., O'Reilly, K., Cahill, P., Dooley, B., Guerin, B., Stratton, P. (2013). Irish norms for the Score-15 and 28 from a national telephone survey. *Journal och Family Therapy*. (35) sid. 24-42.

Hamilton, E., Carr. A., Cahill, P., Cassels, C., et al. (2015). Psychometrics properties and responsiveness to change of 15- and 28- item versions of the SCORE: a family assessment questionnaire. *Family process*. (54) sid. 454-463.

Goldstein, M., Peters, L., McVeagh, P., Minshall, G., Fitzjames, D. (2011). The effectiveness of a day program for the treatment of adolescent anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*. (44:1) sid. 29-38. Doi: 10. 1002/eat.20789.

Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., Mossiere, A., Maras, D., Norris, M., Harrison, M., Feder, S., Spettigue, W. (2014). A family based eating disorder day treatment program for youth: examining the clinical and statistical significance of short-term treatment outcomes. *Eating disorders. The journal of treatment and prevention*. (22) sid. 1-18. Doi: 10.1080/10640266.2014.857512.

Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R., Krei, M., Warnke, A., Wewetzer, C., Pfeiffer, E., Fleischhaker, C., Scherag, A., Holtkamp, K., Hagenah, U., Bühren, K., Konrad, K. Kong, S. (2005). Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial. (2005) *Journal of advanced nursing*. 51(1) sid. 5-14.

Lindner, P., Frykheden, O., Forsström, D., Andersson, E., Ljotsson, B., Hedman, E., Andersson, G., Carlbring, P. (2016). The Brunnsviken Brief quality of life scale (BBQ): Development and psychometric evaluation. *Cognitive behaviour therapy*. 45 (3) sid. 182-195. Doi: 10.1080/16506073.2016.1143526.



Lock, J. & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa*. Second edition. A family-based approach. New York: Guilford Press.

Minuchin, S. (2012). *Families in family therapy*. London and New York: Routledge.

Minuchin, S. & Fishman, H., C. (1990). *Livets dans. Familjeterapeutiska tekniker*. Wahlström & Wistrand.

Mundt, J., C., Marks, I., M., Shear, M., K., Greist, J., M. (2002). The work and social adjustment scale: A simple measure of impairment in functioning. *The British journal of psychiatry*. (180) sid. 461-464.

Nilsson, K. & Hägglöf, B. (2015) Long-term follow –up of adolescent on-set anorexia nervosa in Northern Sweden. *Eur Eat Dis Rev*. (13) sid. 89-100.

O’Hanrahan, K., White, M. D., Carr, A., Cahill, P., et al. (2017). Validation of 28 and 15 item versions of the SCORE family assessment questionnaire with adult mental health service users. *Journal of family therapy*. (39) sid. 4-20.

Ornstein, R. M., Lane-Loney, S. E., Hollenbeak, C. S. (2012). Clinical outcomes of a novel family-centered partial hospitalization program for young patients with eating disorders. *Eat weight disorders*. (17) sid. 170-177.

Riksat. (2019). *Årsrapport 2019*. Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling. [www.riksat.se](http://www.riksat.se). Hämtat 2020-11-13.

Schmidt, U., Schade-Brittinger, C., Timmesfeld, N., Dempfle, A. (2014). Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *The Lancet*. (383) sid. 1222-1229. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)62411-3.

Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, & Aluwahlia S. (1983). A Children’s Global Assessment Scale (C-GAS). *Archives of General Psychiatry*. (40) sid. 1228–1231.

Stratton, P. (2014). Experiences in measuring the functioning of UK families. *Human systems: The journal of therapy, consultation and training*. (25) sid: 166-177.

Stratton, P., Bland, J., Janes, E., Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: the SCORE. *Journal of Family Therapy*. (32) sid. 232-258.

Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Peppiatt, A. (2014). Detecting therapeutic improvement early in therapy: validation of the SCORE 15 index of family functioning and change. *Journal of Family Therapy*. (36) sid. 3-19. Doi: 10.1111/1467-6427.12022

Simic, M., Stewart, C., S., Eisler, I., Baudinet, J., Hunt, K., O'Brien, J. McDermott, B. (2018). Intensive treatment program (ITP): A case series service evaluation of the effectiveness of day patient treatment for adolescents with a restrictive eating disorder. *International journal of eating disorders*. (51) sid. 1261-1269. Doi: 10:1002/eat.22959.

Södersten, P., Brodin, U., Zandian, M., Bergh, C. (2019). Eating behavior and the evolutionary perspective on anorexia nervosa. *Frontiers in neuroscience*. (13) sid. 1-8. Doi: 10.3389/fnins.2019.00596.

Södersten, P., Brodin, U., Sjöberg, J., Zandian, M., Bergh, C. (2018). Treatment outcomes for eating disorders in Sweden: data from the national quality registry. *BMJ open access research*. Department of neurobiology, care sciences and society, Karolinska institutet, Mandometer clinic, Huddinge, Sweden. Doi: 10.1136/bmjopen-2018-024179.

Uppdrag psykisk hälsa. (2014). *Kartlägningsrapport: Första linje för barn och ungas psykiska hälsa. En kvantitativ beskrivning utifrån data insamlad mars-september 2014*. Psykisk hälsa barn och unga.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. ISBN 978-91-7307-352-3.

Vilaca, M., de Sousa, B., Stratton, P., Relvas, A. P. (2015). The 15- item systemic clinical outcome and routine evaluation (SCORE-15) scale: Portuguese validation studies. *Spanish journal of psychology*. (18) sid 1-10.

Västra Götalandsregionen. (2012). *Ätstörningsvård i Södra Älvsborg- vårdutbud och behandlingsresultat*. Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli, Borås. Diarienummer HSN6 28-2012.

Wallin, U., af Sandeberg, A., M., Nilsson, K., Linne, Y. (2015). Ätstörningar. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling. *Svenska psykiatriska föreningen och Gothia fortbildning*. (16)

Wallin, U., Swenne, I. (2016). Tidig viktuppgång vid anorexia nervosa ger god prognos. Intensiv familjebaserad behandling ger bäst resultat. *Läkartidningen*. (113) sid 1-3.

Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., Jackson, D., D. (2014). *Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. London W.W Norton & Company Ltd. New York: W.W Norton & Company, Inc.

Watzlawick, P., Weakland, H., J., & Fisch, R. (2011). *Change. Principles of problem formation and problem resolution*. London W.W Norton & Company Ltd. New York: W.W Norton & Company, Inc

Wransjö, Björn (1998). *Teorier och synsätt I psykiatrisk-psykologisk verksamhet*. Natur och Kultur.

WHO (2021). *Body Mass index-BMI*. Hämtad från WHO:s hemsida 20210330.

Länk: [WHO/Europe | Nutrition - Body mass index - BMI](https://www.who.int/europe/nutrition/body-mass-index-bmi)

Zetterqvist, M., Erneroth Hånell, H., Wadsby, M., Cocozza, M., Gustafsson, P. A., (2019). Validation of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) self-report questionnaire: index of family functioning and change in Swedish families. *Journal of family therapy*. (42) sid. 129-148. Doi: 10.1111/1467-6427.12255.

## Bilaga



**Informationsbrev 2020-02-01**

### **Till dig som patient och er föräldrar som deltar i behandlingen på familjedagvården på BUP Linköping.**

#### **Information och förfrågan om deltagande i studie.**

Hej!

Jag heter Mathias Grönkvist Söderlind och läser psyko­terapeut­programmet på Linköpings universitet med inriktning familjeterapi. Jag har valt att i mitt examensarbete göra en studie på familjedagvårdens effekt på patientens symptom och funktionsnivå samt familjefunktion. Familjedagvård är en nystartad verksamhet och ett pilotprojekt. Denna studie kommer ligga till grund delvis för beslutsfattandet att låta verksamheten bli permanent. Er medverkan kan således ge underlag för en bedömning ifall behandlingen är gynnsam eller ej.

Om ni väljer att delta kommer ni få fylla i ett antal skattningsformulär inför och efter avslutad behandling efter åtta veckor. Vikt och BMI-mått för medverkande barn noteras innan påbörjad behandling och efter behandling. Deltagandet i studien är helt anonymt. Skattningarna förvaras i vardera patients mapp inlåst i ett skåp. Studien kommer presenteras genom en skriftlig rapport under hösten 2021 och förväntas vara helt klar våren 2022 för publicering.

Är ni intresserade att delta i studien svarar ni ja vid första behandlingstillfället på familjedagvården där även undertecknad kommer närvara som familjebehandlare. Ni har rätt att tacka nej till att delta i studien utan att det kommer påverka behandlingen i övrigt.

Mathias Grönkvist Söderlind

Socionom/familjebehandlare