



# **Bulimi- hur ser behandlingen ut?**

En kvalitativ studie om styrkor och svagheter i  
vården kring bulimi

Jonathan Ekblad H3A

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN

Examensarbete 2012:2

Hälsopedagogprogrammet 2009-2012

Handledare: Sanna Nordin-Bates

Seminariehandledare: Rolf Carlson

Examinator: Örjan Ekblom

## **Sammanfattning**

### **Syfte:**

Syftet med uppsatsen har varit att undersöka hur olika behandlingskoncept för bulimi ser ut, att undersöka vilka styrkor respektive svagheter behandlare och tidigare patienter anser finns inom vården gällande Bulimia Nervosa, och att undersöka hur patienter med Bulimia Nervosa kan bli återhämtade från sin sjukdom. Frågeställningarna har varit: Vad anses vara styrkorna med respektive behandlingsmetod? Vad anses vara svagheterna med respektive behandlingsmetod? Hur kan en individ övervinna sin sjukdom?

### **Metod:**

Metoden i studien har varit att göra intervjuer med personer som på olika sätt varit inblandade i behandling av patienter med Bulimia Nervosa. Urvalet skedde genom ett så kallat snöbollsurval. Sex stycken intervjuer har genomförts med behandlare och patienter från Stockholms Centrum för Ätstörningar och Mandometerkliniken. Av dessa var fyra stycken behandlare och två stycken var patienter.

### **Resultat:**

Summeringen av resultaten visar att behandlingsklinikerna arbetar på olika sätt för att uppnå sina mål. Styrkorna för båda klinikernas behandlingsmetoder har angivits att de arbetar på ett strukturerat sätt med dels mat och ätande, dels med hela människan. Behandlarna hade svårt att hitta svagheter i sina behandlingsmodeller, men en av patienterna tycker att en svaghet var brist på behandling av tankar och känslor som dök upp efter att ätandet hade börjat fungera.

### **Slutsats:**

Slutsatsen är att intervjuerna och material från respektive klinik har gett en bild av hur behandlingsmetoderna för bulimi på Stockholms Centrum för Ätstörningar och Mandometerkliniken ser ut. De olika behandlingsmodellerna arbetar efter helt olika koncept. Båda klinikerna upprättar individuella behandlingsplaner för varje patient, men beträffande uppföljningen av patienterna efter utskrivning skiljer de sig åt. Uppsatsen visar att det finns behandlingsmetoder mot bulimi men att behandlingsresultatet skiljer sig från patient till patient. Klinikerna visar båda på framgångsrika men något otydliga behandlingsprognoser.

## Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
1.1 Introduktion.....	1
1.2 Bakgrund .....	2
1.2.1 Klinikhistoria.....	4
1.2.2 Kognitiv beteendeterapi .....	4
1.3 Forskningsläge .....	5
1.3.1 Studier liknande Stockholms Centrum för Ätstörningar.....	5
1.3.2 Kvalitativa studier .....	6
1.3.3 Biblioterapi.....	7
1.3.4 Mandometerkliniken .....	8
1.3.5 Studier av behandlingsresultat .....	9
1.3.6 Sammanfattning av forskningsläget .....	9
1.4 Teoretiskt ramverk .....	10
1.5 Syfte .....	12
1.6 Frågeställningar .....	13
2 Metod .....	13
2.1 Metodval.....	13
2.2 Urval och målgrupp.....	13
2.3 Procedur .....	14
2.3.1 Datainsamling.....	15
2.3.2 Dataanalys .....	16
2.4 Validitet och reliabilitet.....	16
3. Resultat.....	17
3.1 Sociala faktorer .....	17
3.2 Behandlingsmodeller.....	19
3.2.1 Luna.....	19
3.2.2 Mandometerkliniken .....	20
3.3 Styrkor.....	22
3.4 Svagheter.....	24
3.5 Patienternas utmaningar .....	25
3.6 Vändpunkter och framsteg .....	26

3.7 Uppföljning .....	28
3.8 Könsfördelning.....	30
3.9 Sammanfattning av resultat.....	30
4. Diskussion .....	31
4.1 Sammanfattande diskussion .....	31
4.2 Metoddiskussion.....	34
4.3 Studiens begränsningar och vidare forskning .....	34
4.4 Slutsats .....	35
Käll- och litteraturlista.....	36

Bilaga 1 Käll- och litteratursökning

Bilaga 2 Centrala begrepp

Bilaga 3 Intervjuguide behandlare

Bilaga 4 Intervjuguide patienter

# 1 Inledning

## 1.1 Introduktion

När man läser vad som skrivits om sjukdomen bulimi i massmedia känns det som att det finns en brist på kunskap, att det pratas mer om anorexi än om bulimi. En faktor som kan spela en väldigt stor roll är att det kan vara svårt att se på en person om den har bulimi eller inte och detta beror på att det inte finns ett specifikt viktstadium då denna sjukdom utvecklas (Swanberg 2004, s.11).

År 2004 kom det en svensk studie gjord av Folkhälsoinstitutet (FHI), som via litteraturstudier ville belysa hur situationen och kunskapsläget såg ut i dagens läge (Swanberg 2004, s.10). Deras huvudsakliga syfte var att kunna ge information om ätstörningssjukdomar samt kunna hjälpa till med tips och råd angående behandling. Det konstaterades att det behövs mer forskning kring ämnet, även fast forskningen har visat sig öka väldigt markant (Swanberg 2004, s.9).

Det som var intressant med denna uppsats var att göra en undersökning som beskrev hur olika behandlingsmodeller för enbart bulimi såg ut, för att kunna belysa för allmänheten vilka olika modeller som existerade i dagsläget och dessutom beskriva hur en bulimiker såg på sin sjukdom och på den behandling han/hon hade fått. Undersökningen omfattade hur behandlingen inom vården för vuxna över 18 år såg ut. Den beskrev också vilka likheter och skillnader som fanns mellan två olika behandlingsformer.

Målet var att belysa hur vården för bulimi fungerar på Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ) och Mandometerkliniken i Huddinge. Uppsatsen tog även upp hur varje enskild individ hade sitt sätt att övervinna denna ätstörning, hur olika individer hade sina sätt att bli friska från sjukdomen. Genomförandet skedde genom en intervjustudie. Intervjuerna skedde dels med chefer och olika typer av behandlare på två olika behandlingskliniker i Stockholm, och dels med patienter på en av behandlingsklinikerna för att få en annan synvinkel.

## 1.2 Bakgrund

Centrala begrepp har beskrivits i Bilaga 2.

Ätstörningssjukdomen Bulimia Nervosa gick under namnet Bulimia ända fram till 1980 (Swanberg 2004, s.11). Detta är en sjukdom som innebär att en person på kort tid hetsäter stora mängder mat, som han/hon sedan försöker göra sig av med på olika sätt. Detta kan ske genom olika metoder såsom kräkningar, överdriven mängd motion eller användning utav laxeringsmedel (Swanberg 2004, s. 11). Bulimi är dessutom en sjukdom som en person kan hålla dold länge, då den är inte förknippad med ett specifikt viktstadium såsom undervikt eller övervikt (Swanberg 2004, s. 11). Den vanligaste åldern då bulimi utvecklas är mellan 15-25 års ålder, men det finns även de som utvecklar sjukdomen i ett senare stadium (Cumella, Kally 2008, s.194).

Enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV) (apa.org, 2012-03-05) finns det tydliga kriterier för vad som krävs för att en person ska lida av någon form av ätstörningssjukdom. De är givetvis olika beroende på vilken sjukdom personen tror sig lida utav. Det finns fem diagnoskriterier för Bulimia Nervosa, vilka återges i tabell 1 (nedan).

Tabell 1. Diagnoskriterier för Bulimia Nervosa

1	Upprepade tillfällen av hetsätning. Med hetsätning menas att personen äter ofta och i betydligt större mängder än vad som skulle anses ”normalt”. Det innebär också att personen i fråga tappar kontrollen över sitt ätande och inte kan styra hur mycket den äter.
2	Personen kompenserar för att kunna förhindra viktökning. Med detta menas att personen använder sig av metoder för att göra sig av med maten, såsom självförvållade kräkningar, laxeringsmedel eller extremt hård träning.
3	Hetsätningarna och kompensationsbeteendet ska pågå minst två gånger i veckan i minst tre månaders tid.
4	Självkänslan är extremt påverkad av kroppsform och vikt.
5	Störningen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa (DSM, medicalcriteria.com, 2012-03-01)

Det kan finnas en del undertyper av Bulimia Nervosa och Anorexia Nervosa som också kan gå hand i hand. Exempel på det är personer med Anorexia nervosa som antingen hetsäter eller använder sig av självrensning såsom självförvällade kräkningar eller laxeringsmedel (Swanberg 2004, s.34). Cykeln ser ut: Bantning- Anorexia Nervosa- Hetsätning- Bulimia Nervosa (Fairburn 2003, s.107).

Orsakerna till att en person får bulimi är både många och individuella. Det går inte att omedelbart kunna konstatera vilka orsaker som ligger bakom en persons ätstörning för att sedan påbörja behandlingen (Fairburn 2003, s.106). Det finns flera faktorer som skapar påståendet att bulimi och anorexi går hand i hand, att bulimi är en särskild form av anorexia nervosa (Russel 1979, s. 429). En av dessa faktorer är hur en person väljer att banta. Det första sättet skapas genom att en person undviker att äta tills långt fram på kvällen för att sedan börja hetsäta, vilket förekommer hos en av fyra personer med Bulimia nervosa (Fairburn 2003, s. 63). Ett annat sätt är när en person med bulimi väljer bort vissa sorters mat, för att det anses vara ”förbjudet” eller ”farligt”. Detta gör att det skapas en ond cirkel som går runt, runt med bantning följt av hetsätning och sedan fortsätter på det sättet (Fairburn, 2003, s. 64). En annan faktor som kan spela en väldigt viktig roll hos en person som får bulimi är de sociala faktorerna. Det finns en trend i många länder att du ska vara smal, och därigenom kan de sociala faktorerna som uppmuntrar människor att banta leda till att problemen med bulimi har utvecklats (Fairburn 2003, s. 110).

Att behandla bulimi tar olika lång tid för olika patienter och det finns olika typer av behandlingsformer. På längre sikt visar det sig att mellan 50 % och 70 % blir friska från sin bulimi efter behandling (Rö, Martinsen, Hoffart, Sexton, Rosenvinge 2005, s. 255). Men frågan är: hur ser behandlingsmetoderna ut?

Avsikten med denna studie är att undersöka två behandlingsmetoder genom att intervjua olika personer som på olika sätt är kopplade till olika kliniker med olika behandlingsmetoder, för att på så sätt ta reda på deras åsikter och tankar.

## 1.2.1 Klinikhistoria

Två olika behandlingskliniker ingick i studien.

Mandometerkliniken startades i Huddinge år 1993. Idag finns det fem stycken Mandometerkliniker runtom i världen, som alla jobbar med samma koncept, den så kallade Mandometermetoden. Dessa fem kliniker finns i: Huddinge, Danderyd, Alingsås, New York City, USA och i Melbourne, Australien. Mandometerkliniken i Huddinge är den största utav dessa fem och de erbjuder både heldygnsvård och dagvård. Alla åldrar, kön och ätstörningssvårigheter behandlas där (mando.se). En Mandometer är en datoriserad våg som utvecklades utav Mandometerkliniken's forskningsavdelning för att kunna normalisera människors ätbeteenden och mättnadskänslor. Tallriken ställs på vågen, därefter läggs maten upp på tallriken. Sedan registreras tallrikens viktminskning allteftersom måltiden fortgår, och det bildas en kurva över personens äthastighet (mando.se, 2012-02-09).

Genom att slå samman Specialenheten för anorexi och bulimi som då tillhörde Löwenströmska sjukhuset, Emblakliniken som tillhörde S:t Görans sjukhus och två mindre team från Danderyds sjukhus, bildades Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ). Idag sker all ätstörningsvård via Stockholms Läns Landsting, sedan dessa upphandlade ätstörningsvården år 2001 (scfa.se, 2012-02-09). Idag består SCÄ av både öppenvård, dagvård och heldygnsvård, där det finns möjligheter för patienter i alla åldrar att få hjälp. Öppenvården har tre enheter: en för vuxna, en för barn och en mobil enhet för familjer. Även dagvården har tre enheter: Idun, Frej och Luna, av vilka den senare är den enhet som kommer att undersökas från SCÄ. Även heldygnsvården har tre enheter, en för vuxenvård, en för familjevård och en lägenhetsbehandling (scfa.se, 2012-02-09).

## 1.2.2 Kognitiv beteendeterapi

På Luna dagenhet använde de sig av kognitiv beteendeterapi som behandlingsmetod. Kognitiv beteendeterapi är en form av psykoterapi, där utgångspunkten är att mänskliga problem har ett ursprung i en människas syn på sig själv och sin omgivning, och även dess reaktion på miljön. Syftet med kognitiv beteendeterapi är att behandla en persons mentala hälsa, för att stegvis kunna förändra de tankar och beteenden som skapar problem hos en människa (Sheldon 2011, s. 3).



Det finns en modell som syftar till att behandla Bulimia Nervosa. Den går ut på att patienten träffar en behandlare vid 19 tillfällen under en period på 20 veckor. Under dessa 20 veckor innefattar behandlingen tre överlappande faser. Den första fasen går ut på att patienten ska lära sig att förstå vad Bulimia Nervosa är för något och att lära sig att äta och minska antalet hetsätningar och kräkningar. Den andra fasen syftar till att ändra patientens beteende genom att med hjälp av kognitiva metoder, som till exempel behandlarsamtal kunna identifiera och förändra patientens tanke sätt. Den tredje och sista fasen är att lära patienten att förbli frisk genom att sätta upp strategier för förebyggande av återfall (Hay, Bacaltchuk 2008).

### **1.3 Forskningsläge**

Det finns många artiklar om hetsätningssjukdomar (Binge Eating Disorders). I en del av dessa behandlades bulimi som en del av hetsätningsstörningar, snarare än som en egen sjukdom (Grilo 2009 s. 692). Skillnaden är att hetsätningsstörningarna utmärker sig genom att det inte förekommer någon metod till att göra sig av med maten, vilket är det som utmärker Bulimia Nervosa (Swanberg 2004, s. 11). Vad gäller behandlingsmetoder anser flera studier att kognitiv beteendeterapi är den absolut vanligaste behandlingsmetoden och dessutom att det är en väldigt framgångsrik sådan (Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh, Joyce 1998, s 611).

#### **1.3.1 Studier liknande Stockholms Centrum för Ätstörningar**

En holländsk studie (Lammers, Exterkate, De Jong, 2007) hade med hjälp av en litteraturstudie gjort en jämförelse mellan olika dagvårdsbehandlingar runtom i världen, där de jämförde sin egen kliniks behandling med andra klinikers. Jämförelseobjektet var Amaramkliniken i Zutphen, Nederländerna. Där behandlades både bulimi och anorexi. Patienterna tillbringade fem dagar i veckan på kliniken och fick där jobba med en kognitiv beteendemodell. De fick lära sig att äta riktigt, men de fick också lära sig att göra olika beteendeeexperiment för att förändra sina självbilder och att genom grupperapi undersöka sina inre konflikter. Resultatet visade att även fast det fanns fler olikheter mellan de olika klinikerna så fanns det många likheter också. Ett exempel på likheter mellan klinikerna var att alla använde sig av Kognitiv beteendeterapi som behandlingsmodell. En stor skillnad var

längden på de olika behandlingarna som kunde variera från fem veckor till 26-39 veckor på Amarumkliniken. Studien gav inget konkret resultat om vilka behandlingsmetoder som fungerar bäst eftersom det var svårigheter att jämföra data mellan de olika klinikerna.

Vid sökning på slutna behandling för vuxna med bulimi visade det sig att det har redovisats få forskningsresultat. Det som fanns berörde psykiatrisk behandling och kognitiv beteendeterapi. Dessa verkade vara viktiga faktorer i behandlingen, men det fanns inte så mycket forskning kring just den slutna vården. Det fanns dock en studie från Universitetet i Tromsø, Norge, där 72 stycken patienter (71 kvinnor och en man) med olika typer av ätstörningar, alltså inte enbart bulimi, blev behandlade på sjukhus i perioder på fyra till fem månader (Rö, Martinsen, Hoffart, Sexton, Rosenvinge 2005, s.256). 36 stycken av dessa patienter hade Bulimia Nervosa. Därefter skedde uppföljningar efter ett respektive två år. Resultaten visade att efter ett år hade 43 % av patienterna blivit friska från bulimin och efter två år hade 73 % blivit friska (Rö, Martinsen, Hoffart, Sexton, Rosenvinge, 2005, s. 258). Behandlingsmodellen för bulimiker omfattade 15 veckor i slutna grupper med sju patienter. Gruppen hade dagliga möten bestående med olika inslag, till exempel kognitiv beteendeterapi, individuell terapi och bildterapi (Rö, Martinsen, Hoffart, Sexton, Rosenvinge 2005, s.256).

### **1.3.2 Kvalitativa studier**

Många av de studier som fanns var kvantitativa uppföljningsstudier. Detta gjorde att utbudet gällande kvalitativa studier var ytterst begränsat. En av dessa var en intervjustudie som behandlade slutenvården från England och Australien. 39 patienter med ätstörningar, 38 kvinnor och en man fick, med hjälp av en semistrukturerad intervju, berätta om sina erfarenheter av behandlingen och sina synpunkter på sin sjukdom (Malson, Bailey, Clarke, Treasure, Anderson, Kohn 2011, s. 27). Resultatet visade att många av patienterna berättade om sin sjukdom på ett negativt sätt, att de ville kunna leva sina liv igen. Dessutom ansåg de att behandlingen var väldigt tuff, tuffare än de hade föreställt sig. Efter behandlingen beskrev patienterna hur de kommit till rätta med sin ätstörning, minskat sitt självförakt och att det var skönt att kunna leva som normala människor (Malson, Bailey, Clarke, Treasure, Anderson, Kohn 2011, s. 32). Denna studie var inriktad på hur patienterna hade upplevt behandlingen och sin återhämtning snarare än hur många av dem som bedömdes vara återhämtade.

I en studie av Zeeck, Weber, Sandholz, Joos och Hartmann (2011) användes både kvalitativ (intervju) och kvantitativ metodik (enkät) med bulimipatienter. Därefter genomfördes uppföljning när personen skrevs ut, efter tre månader, efter ett år och efter tre år. Av dessa 43 patienter var 22 från dagvården och 21 var från slutenvården. När patienterna skrevs ut från behandling hade 11 personer blivit återhämtade. När sedan studien följdes upp efter de tre åren hade antalet friska endast ökat till 12 personer (tio från dagvården och två från slutenvården). Det skall också nämnas att sju patienter från slutenvården inte fullföljde undersökningen vilket samtliga från öppenvården gjorde. Orsaken till detta anges inte men det påverkade naturligtvis resultatet. Jämfört med andra studier som redovisas i denna uppsats var återhämtningen för slutenvårdspatienter låg.

### **1.3.3 Biblioterapi**

Forskare har även tagit fram flera olika handböcker med olika metoder för hur det går att övervinna hetsätningssjukdomar helt på egen hand. Vissa av dessa berör hetsätningssjukdomar, andra berör hela spektrumet, från anorexia till bulimi. Ett exempel på en sådan handbok som enbart är inriktad på bulimi och hetsätningssjukdomar har skrivits av Christopher Fairburn. Den heter "Att övervinna hetsätning" och är en vetenskapligt baserad handbok kring hur hetsätningssjukdomar kan övervinnas. Där är hans utgångspunkt att bulimi är en sjukdom som blivit allt vanligare (Fairburn 2003, s. 57).

Fairburns handbok "Att övervinna hetsätning" användes även i en studie där en grupp om 293 vuxna personer, både män och kvinnor delades upp i två jämnstora grupper (Mitchell 2011, s. 392). Därefter fick den ena gruppen träffa behandlare ungefär 20 minuter åt gången, vid åtta tillfällen över en period på 18 veckor. Där emellan användes Fairburns bok som terapimodell. Den andra gruppen fick renodlad kognitiv beteendeterapi där de träffade en behandlare vid 20 tillfällen, 50 minuter åt gången över en period på 18 veckor. De patienter som ansågs ha behov fick även Fluoxetin, vilket är ett antidepressivt läkemedel som ingår i gruppen selektiv serotoninåterupptagningshämmare (FASS.se, 2012-02-25). Ett år efter avslutad behandling gjordes en uppföljning. Resultatet visade att 44 % av personerna i gruppen för KBT-behandling, och 32 % av personerna i gruppen med självhjälpsboken hade blivit friska (Mitchell 2011, s. 396).

### 1.3.4 Mandometerkliniken

Mandometerkliniken har i en studie redovisat effekterna av sin egen behandlingsmodell då de ansåg att det fanns en svag evidensbas av effektiva behandlingsmetoder för ätstörningar. De gjorde två antaganden gällande riskfaktorer för anorexi: dels att personerna äter för lite, dels att den fysiska aktiviteten är väldigt hög. Utifrån detta utformade de en metod som bygger på att behandla fyra principer: patienterna skulle lära sig att äta, de skulle värmas, deras fysiska aktivitet skulle minskas och deras sociala liv skulle byggas upp (Bergh, Brodin, Lindberg, Södersten 2002, s. 9486). De gjorde sedan en utvärdering av metoden, där de undersökte hur behandlingen hade gått för de 168 patienter som hade behandlats mellan 1993-2000. Av dessa hade 85 stycken Anorexi, 38 stycken hade Bulimi och 45 stycken hade Ätstörning UNS. Den genomsnittliga tiden för en person att gå i remission var 14 månader. 83 patienter gick i remission efter ungefär 12 månader, varav 90 % av dessa förblev diagnosfria, det vill säga de fick inte ett återfall. Därmed menade de att deras metod var väldigt effektiv för att patienterna blev friska, men också att det var vanligt att patienter från andra kliniker fick återfall efter ett år. De menade också att deras behandling skulle vara mycket billigare än en så kallad standardbehandling (Bergh, Brodin, Lindberg, Södersten 2002, s. 9488).

Denna artikel fick de dock en del kritik för av Dr Ulrike Schmidt, Eating Disorders Section, Institute of Psychiatry, London (2003, s. 1). Hon tyckte först och främst att diskussionen enbart fokuserade på Anorexi och mestadels fokuserade på enbart de studier som hade sämre resultat än deras egen studie. Det ansågs också vara orimligt att deras egen behandling skulle kosta 65000 pund per patient, samtidigt som de själva gjort en beräkning på att en standardbehandling skulle kosta 400000 pund per patient (Schmidt 2003, s.4). En annan aspekt hon tog upp var att de patienter som var på väntelista i väntan på behandling verkligen inte sökte behandling någon annanstans, vilket hon tycker gav väldigt höga förväntningar på metoden. Hon ifrågasatte slutligen om Mandometern, vilken är en datoriserad våg var det som gör att patienter vill vänta i kö så länge som de behövde göra. Hon sade att forskningen kommer att avgöra vad som är sant och inte (Schmidt 2003, s. 5).

Denna artikel ledde till att Mandometerkliniken skrev ett svar på detta, där de försvarade sig och menade att saker och ting hade missförstått. De menade att deras metod kommer att utvärderas ytterligare och här tyckte de att standardbehandlingar måste öka sin effekt innan

det skulle bli aktuellt att göra en jämförelse. De ansåg att det inte fanns några bevis för att en standardbehandling var lika effektiv som deras egen (Bergh, Södersten 2004, s. 335).

2011 kom det ut en studie där Mandometer Center i Amsterdam jämfördes med Rintveld Center for Eating Disorders för behandling av anorexi. Mandometer Center använde sig av Mandometermetoden och Rintveld Center använde sig av kognitiv beteendeterapi (van Elburg, Hillebrand, Huyser, Snoek, Kas, Hoek, Adan 2011, s. 194). Resultatet visade att efter 10 månaders behandling hade 63 % av patienterna från Mandometer Center och 85 % av patienterna från Rintveld Center uppnått en normal vikt (van Elburg, Hillebrand, Huyser, Snoek, Kas, Hoek, Adan 2011, s. 197). Vid studiens slut hade 29 % från Mandometer Center och 41 % från Rintveld Center blivit helt återställda. Det visade att Mandometermetoden inte var bättre än ”vanlig behandling” (van Elburg, Hillebrand, Huyser, Snoek, Kas, Hoek, Adan, 2011, s.198).

### **1.3.5 Studier av behandlingsresultat**

Några studier jämförde behandlingsresultat utan att närmare specificera behandlingsmodell. En av dessa var den svenska studien från Folkhälsoinstitutet, se Introduktion.

En liknande studie kom 2005 från COST Action B6 som är ett europeiskt samarbetsorgan för behandling av patienter med ätstörningar. Där undersöktes effektiviteten på 12 europeiska länders behandling av ätstörningar. Mängden behandling och mängden patienter varierade mycket mellan de olika länderna. Proceduren gick till så att patienterna fick fylla i ett frågeformulär angående sin sociodemografiska status och angående sin ätstörning vid slutet av sin behandling. Efter ett år gjordes en uppföljning. Resultatet visade att efter avslutad behandling hade 33 % av patienterna blivit friska. Vid uppföljningen hade antalet friska ökat till 40 %. Även här visar det sig att behandlingsmodellerna bör förbättras (Richard 2005, s. 177).

### **1.3.6 Sammanfattning av forskningsläget**

De forskningsrapporter som stod till buds visade att det fanns forskning men att mycket mer borde göras för att visa olika behandlingsmetoder, deras resultat, styrkor och svagheter. Det vore också önskvärt med fler studier som begränsade sig till behandlingen av enbart en

sjukdom, till exempel bulimi för sig och anorexi för sig. Flera studier behandlade bulimi, anorexi och ätstörning utan närmare specifikation (ätstörning UNS) på samma gång. Forskningsläget när det gäller det låga antalet män med bulimi återspeglar naturligtvis det faktum att det är förhållandevis få män som har den diagnosen. Av de som diagnostiseras med Bulimia Nervosa är ungefär 90 % kvinnor (Hay, Bacaltchuk 2008).

## **1.4 Teoretiskt ramverk**

Inom sjukdomsforskningen har det grundats två centrala perspektiv (Gassne 2008, s. 14). Det ena perspektivet är det Patologiska perspektivet, inom vilket man försöker undersöka varför människor blir sjuka och därmed hamnar inom en viss kategori. Inom det patologiska perspektivet är forskarna nöjda med att hypotesen har bekräftats. Det andra begreppet är det Salutogena perspektivet, som syftar på att det ofta kan röra sig om flera olika faktorer varför en människa blir sjuk, och inte bara en. Inom detta perspektiv går forskarna vidare och undersöker även de avvikande fallen (Antonovsky, 2005, s. 37).

Inom det Salutogena perspektivet ligger också fokus på hälsans ursprungliga rötter och ställer där istället frågan: *”Varför hamnar människor vid den positiva polen i dimensionen hälsa-ohälsa, eller vad får dem att röra sig mot denna pol, var de än befinner sig vid ett visst tillfälle?”* (Antonovsky 2005, s. 16). Dessa frågor ställdes av Aaron Antonovsky, och därför föll valet på att använda hans teoretiska modell KASAM som teoretiskt ramverk för denna undersökning. Anledningen till att ramverket blev KASAM var för att kunna göra en koppling till vilka olika faktorer inom KASAM som kan göra en påverkan och orsaka det faktum att sjukdomen uppstår, och också hur både behandlare och patienter kan påverka dessa faktorer inom sjukdomen. Däri kommer frågan: Vad kan KASAM ha för inverkan på en patients återhämtning och hur jobbar behandlarna med detta?

KASAM är en förkortning som står för Känsla Av SAMmanhang och bildar en modell som består av tre olika komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begripligheten anses vara kärnan i Antonovskys ursprungliga definition, och den står för hur en person kan uppleva olika situationer. Är informationen ordnad, tydlig och sammanhängande, eller är den kaotisk, slumpmässig eller oförklarlig? Det avgörande för en person som har en hög känsla av begriplighet är att den kan förutse eller åtminstone ordna eller förklara situationen om den skulle komma oväntat (Antonovsky 2005, s. 44).

Hanterbarhet innebär att man lär sig att hantera en situation med hjälp av de resurser som en människa har tillgängliga. Med hjälp av dessa går det att möta de krav eller stressfaktorer som man ställs inför. Där beskrivs två olika typer av resurser, dels de resurser som en människa själv kontrollerar, dels sådana resurser som kontrolleras av andra, som till exempel personens fru, dess advokat eller sina vänner. Med en högre känsla av hanterbarhet känner man sig inte som ett offer för alla omständigheter som sker runt omkring, eller att man har blivit orättvist behandlad. Meningsfullheten kretsar kring huruvida en människa tycker att ens liv är meningsfullt och har ett känslomässigt innehåll. Där undersöks huruvida de problem och krav som ställs på en människa kan vara värda att lägga energi på. Är det värt att engagera sig, att snarare välkomna en utmaning än att betrakta den som en tyngd man vill vara utan? En människa med hög grad av meningsfullhet skulle försöka ta sig igenom en tuff utmaning, och försöka hitta på sätt att lösa den, istället för att dra sig för den (Antonovsky 2005, s. 45).

Det finns alltid olika faktorer i livet som kan påverka stressfaktorn hos en människa. Däremot klarar sig också olika människor olika bra beroende på hur man lär sig att hantera dessa faktorer. Dessa stressfaktorer valde Antonovsky att kalla för generella motståndsresurser (GMR). Med detta menade han faktorer som till exempel pengar, socialt stöd eller kulturell stabilitet (Antonovsky 2005, s. 16). Det Antonovsky yrkade på var att alla dessa GMR kunde hjälpa till att göra en människas tillvaro begriplig, då de kan hjälpa till att skapa livserfarenheter som man kan lära sig av. Därigenom skapades KASAM som är en utav grunderna till den salutogenetiska modellen (Antonovsky 2005, s. 17). GMR behöver därför inte klassas som ett hinder. För en person med en stark KASAM kan dessa motstånd istället hjälpa till att se vad det är som behöver ändras på, för att på så sätt hjälpa till att hitta en lösning (Antonovsky 2005, s. 20).

Antonovsky hävdar att alla dessa tre komponenter (begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet) har en viktig del i hur en människas liv ser ut, men de kan också spela olika centrala roller. Dock förefaller komponenterna olika viktiga i olika sammanhang. Han hävdar därmed att det mest centrala begreppet av de tre skulle vara meningsfullheten. Om det inte skulle finnas någon mening med någonting en person gör så skulle det troligen inte spela någon roll om personen skulle begripa situationen eller hantera den, i alla fall inte på en längre sikt (Antonovsky 2005, s. 50).

Vad gäller en människas livserfarenheter kan många utav dessa vara förutsägbara, vissa erfarenheter kan vi inte ens välja själva. Då går det att för varje ny erfarenhet ställa frågan om det här var något som var självvalt? Om andra ska bestämma hur saker och ting ska ske hela tiden ökar risken att allting börjar kännas likgiltigt och allting riskerar att tappa sin mening (Antonovsky 2005, s. 130). Livserfarenheterna är dessutom olika beroende på vilket stadium i livet en människa befinner sig i. Dock måste dessa betraktas på ett objektiva plan, då de stressorer och GMR som både kan höja och sänka en människas KASAM kan variera väldigt kraftigt beroende på samhällsskikt och kulturell bakgrund (Antonovsky 2005, s. 132). GMR spelar olika stor roll i olika åldrar. Antonovsky menar att det är lättare att möta dessa stressfaktorer då du som barn och tonåring inte behöver klara dig själv. Då du har ett begränsat ansvar går det ändå att skapa en medelhög KASAM (Antonovsky 2005, s. 166). Som vuxen hävdar han dock att skillnaden kan bli mer påtaglig beroende på hur starkt KASAM en person går in i vuxenlivet med. Dessa styrkor behöver dock inte hålla i sig för gott, utan är föränderliga. Dessa hävdar Antonovsky är övergående, att en person går tillbaka till sitt medelvärde, men att det ändå är en förändring. För en person med stark KASAM kan en tragisk olycka orsaka att dess värld rasar samman, på samma sätt som en person med låg KASAM kan förändra sitt synsätt till ett mer positivt genom att något positivt händer (Antonovsky 2005, s. 169).

Ett exempel på hur det går att göra en sammankoppling mellan KASAM:s tre begrepp (begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet) och ätstörningar är: Av någon anledning uppstår ett GMR som en person inte kan hantera, i detta fall maten. Han/hon begriper inte vad som händer och förlorar då meningsfullheten. Om personen får behandling mot sin ätstörning så börjar han/hon att begripa vad som händer i samband med mat och ätande. Detta leder till att personen börjar lära sig att hantera maten och så småningom tillfriskna från sin ätstörning. Med tiden får personen tillbaka sin meningsfullhet och kan därmed hantera det som har med mat att göra.

## **1.5 Syfte**

Syftet med uppsatsen var att undersöka hur två olika behandlingsformer för bulimi upplevs, att undersöka vilka styrkor respektive svagheter behandlare och tidigare patienter anser finns



inom vården gällande Bulimia Nervosa och att undersöka hur patienter med Bulimia Nervosa kan bli återhämtade från sin sjukdom.

## **1.6 Frågeställningar**

Vad anses vara styrkorna med respektive behandlingsmetod?

Vad anses vara svagheter med respektive behandlingsmetod?

Hur kan en individ övervinna sin sjukdom?

## **2 Metod**

### **2.1 Metodval**

Det naturliga valet av metod var att göra intervjuer med olika personer som på olika sätt har varit i kontakt med sjukdomen, både med behandlare på någon klinik och med patienter på någon av klinikerna. Det som skiljer ett kvalitativt urval från ett kvantitativt urval är att vid en kvantitativ datainsamling är syftet att få data ifrån en större grupp individer men mer ytlig information (Hassmén, Hassmén 2008, s. 85). Ett kvalitativt urval syftar till att få ut mer beskrivande, djup data (Hassmén, Hassmén 2008, s. 104). När det rör människor som har tagit del av någon form av behandling kändes det bättre att kunna föra en konversation kring situationerna. Då kan man få en klar beskrivning av de olika momenten i behandlingen och även av läkningsprocessen. På så sätt kan man få tillgång till hur de personerna tänkte, kände och resonerade och därmed få djupare svar. Det som däremot skapar en väldigt stor utmaning med intervjuer gentemot en kvantitativ undersökning är att intervjupersonen sitter ner och öppet berättar om sina tankar och känslor inför en oftast okänd person. Samtidigt är det viktigt att betänka att frågor som är med i intervjun är till för att besvara syftet med studien (Trost 2005, s. 48). Just därför passade intervjuer bättre då det går lättare att få ett större djup med färre personer. Dessutom kan denna metod ge en djupare syn på sammanhang och struktur (Hassmén, Hassmén 2008, s. 105).

### **2.2 Urval och målgrupp**

Urvalet för intervjuerna kom att ske genom ett så kallat snöbollsurval (Hassmén, Hassmén 2008, s. 109). Detta av den anledningen att flertalet av de intervjuer som genomfördes

ordnades genom att någon på kliniken hjälpte till att ta kontakt med intervjupersonerna. När behovet av flera behandlare ökade ombads en av de högt uppsatta cheferna från SCÄ att fråga sina medarbetare huruvida någon var intresserad, och på så sätt knöts kontakten med en av deras psykologer. Gällande patientintervjuerna ombads en av de forskningsansvariga på Mandometerkliniken att hjälpa till att få tag på patienter, då författaren i fråga inte har kontakt eller känner någon som har genomgått denna behandling. Därför pratade den forskningsansvariga med deras uppföljningsansvariga som i sin tur kontaktade före detta patienter, varav två stycken var villiga att medverka. Dock skedde ett bekvämlighetsurval, nämligen behandlaren som arbetade med uppföljningen, då vi redan hade haft kontakt då tidigare patientintervjuer hade genomförts.

Anledningen till att målgruppen blev just vuxna är att det är en väldigt intressant grupp, då bulimi vanligtvis börjar utvecklas mellan 15-25 års ålder (Cumella, Kally 2008 s. 194). I denna undersökning var målgruppen patienter över 18 år då patienter under 18 år klassas som barn. Dock föll det sig så att en av patienterna hade varit under 18 år när själva behandlingen hade påbörjats (visade det sig senare), men personen i fråga hade ändå fyllt 18 år när intervjun genomfördes. Urvalet var olika typer av yrkespersoner som alla på det ena eller andra sättet var inblandade i patienters behandling. I undersökningsgruppen fanns även tidigare patienter. Detta för att få en bild av hur olika personer såg på respektive behandlingsmetod. Av etiska och anonymitetsskäl beskrevs inte vilka funktioner de hade.

Personerna A och B var kvinnor som arbetade med ätstörningar på Luna dagenhet. Person C var en man och person D var en kvinna som båda arbetade med ätstörningar på Mandometerkliniken. Personerna E och F var båda kvinnliga patienter från Mandometerkliniken.

### **2.3 Procedur**

Intervjuer genomfördes med sammanlagt sex personer varav: två behandlare från SCÄ, två behandlare från Mandometerkliniken och två patienter från Mandometerkliniken. Då både behandlare och patienter skulle intervjuas gjordes därför två olika intervjuguider med frågor som kändes mest relevanta för varje målgrupp att besvara och på så vis blev guiderna mer inriktade på respektive målgrupp. Intervjuguiden gentemot behandlarna riktades mot

klinikerna och deras behandlingsmodeller för sjukdomen. Intervjuguiden för patienterna riktades mer mot hur de upplevde sin sjukdom och hur sjukdomen förändrades under behandlingens gång. På önskemål av den forskningsansvariga hade patienterna fått titta på intervjufrågorna innan dess att vi träffades då de inte tycker om överraskningar. Därför var det ursprungliga valet att göra en strukturerad intervju med fasta frågor och färdigskrivna följdfrågor så att svaren skulle hamna inom samma ram. Intervjuerna blev till slut mer semistrukturerade, för allteftersom intervjuerna fortlöpte märktes det att när personerna pratade om sina olika erfarenheter hände det att frågor som skulle komma längre fram besvarades redan i början. Beroende på var en person hamnade i sin redogörelse kunde det dyka upp nya följdfrågor som kopplades till just den punkten, vilket också ändrade strukturen.

Det var inte relevant att göra en pilotstudie då många frågor inte skulle kunna besvaras av personer utan erfarenhet av bulimibehandling. Istället diskuterades frågorna direkt med handledaren och därefter påbörjades intervjuerna. Det kan finnas information i intervjuerna som är av känslig karaktär. Därför finns inte intervjuerna med i bilagan av etiska skäl, den relevanta informationen står däremot med i resultaten. Intervjuguiderna till både behandlare och patienterna redovisas i bilaga 3 och bilaga 4.

### **2.3.1 Datainsamling**

Varje intervju skedde enskilt med varje person. Intervjuerna genomfördes i ett stängt rum utan störande moment. Innan intervjun började informerades intervjupersonen om vad syftet med uppsatsen var, att allting skulle spelas in på en diktafon men att allting var anonymt. Varje person blev upplyst om att den inte behövde svara på frågor som kändes obekväma.

Längden på respektive intervju varierade mellan 25-50 minuter. Intervjuerna spelades in på en diktafon, detta för att det skulle ge ett bättre flyt under intervjuerna och bättre koncentration mellan båda parter. Intervjupersonen kunde därmed sitta och prata fritt utan att bli avbruten av intervjuaren som sitter och antecknar det personen säger. Dessutom blev det lättare för intervjuaren att behålla fokus och engagemang gentemot intervjupersonen. För att kunna minnas så mycket som möjligt i form av kroppsspråk och ansiktsuttryck transkriberades intervjuerna någon av de närmast följande dagarna.

### **2.3.2 Dataanalys**

Därefter lästes och analyserades texterna för att kunna få ut det viktigaste ur texterna. Efteråt skrevs de viktigaste delarna och påståendena ner på postitlappar. Därefter delades lapparna in i olika kategorier (Côte, Salmela, Baria 1993, s. 131). Analysen kom således att ske på ett induktivt sätt. Kategorierna kom att skapas efter det att alla lappar var färdigskrivna, därefter skedde indelningen (Côte et al 1993, s.132).

### **2.4 Validitet och reliabilitet**

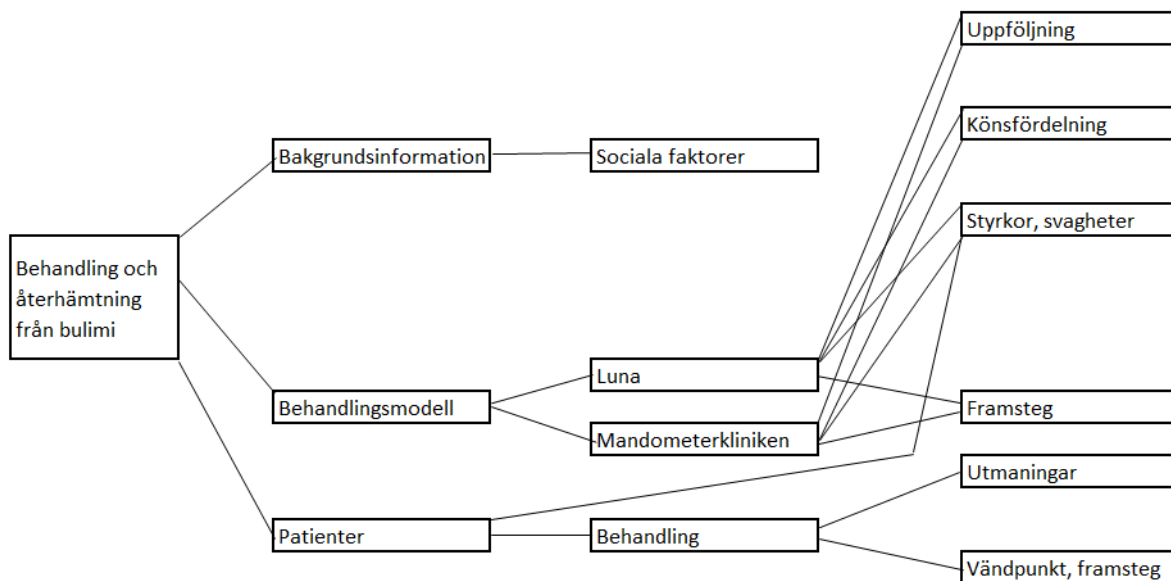
Begreppen validitet och reliabilitet används mest i kvantitativa studier där olika saker mäts och olika värden anges (Trost 2005, s. 112). Inom kvalitativa studier undersöks tankar, känslor och liknande med hjälp av vad en person har sagt. De tankarna och känslorna går inte att rangordna och därför byts validiteten ut mot ordet trovärdighet (Hassmén, Hassmén 2008, s. 155) samtidigt som reliabiliteten byts ut mot ordet pålitlighet (Hassmén, Hassmén 2008, s. 136). Ytterligare ett faktum som krånglar till begreppen validitet och reliabilitet (trovärdighet och pålitlighet) är att vi pratar om processer. Skulle samma frågor ställas vid ett senare tillfälle finns det stora möjligheter att någonting har förändrats sedan förra gången (Trost 2005, s. 111).

Författaren anser att patienterna gav trovärdiga svar på frågorna i intervjun. Författaren försökte göra frågorna så tydliga som möjligt för att intervjupersonerna skulle förstå dem. Då patienten någon gång inte förstod en fråga var det nödvändigt att ge en kompletterande förklaring. Författaren anser också att patienternas svar stämde överens med behandlarnas beskrivning av hur patienterna brukade reagera under behandlingen.

Patienterna svarade själva på alla frågor och berättade sina egna historier, något som de själva har upplevt. De flesta svaren kom med eftertanke och det finns inga obesvarade frågor som kan dra ner bedömningen av pålitligheten. Det som i vissa fall skulle kunna påverka pålitligheten är en persons dagsform, hur saker och ting framställs eller hur mycket en person är villig att berätta. Dagsformen kan förändras hos en person, vilket skulle kunna leda till att svaren skulle kunna se annorlunda ut om frågorna ställdes vid ett senare tillfälle (Trost 2005, s.112).

Författaren anser att behandlarna har god kunskap och erfarenhet av sina behandlingsmetoder och beskrev dessa på ett professionellt och tydligt sätt. Några fyllde också självmant på med information för att ge en så komplett och förståelig bild som möjligt. Med stöd av ovanstående anser författaren att studiens trovärdighet och pålitlighet är hög.

### 3. Resultat



*Analysschema av resultaten*

#### 3.1 Sociala faktorer

När en person blir sjuk kan den omges av olika typer av sociala faktorer. Både sociala faktorer som kan utlösa att personen blir sjuk, och sociala faktorer som gör att personen söker hjälp för sin sjukdom.

Båda patienterna uppgav att de hade haft Anorexi innan de fick Bulimi. Båda påpekade också att deras hemmamiljöer spelade en stor roll i deras sjukdom men på två olika sätt. Patient F berättade att den jobbiga tillvaron hemma var en stor bidragande orsak till att hon insjuknade i Anorexi. Då fick hon hjälp av en vän som sa åt henne att hon behövde söka hjälp.

Därefter gick hon på olika behandlingsmetoder utan resultat, hon ansåg sig inte redo för detta mentalt. Det som utvecklade hennes bulimi var ett konkret råd hon fick på en av behandlingarna:

*”Ja, så fick jag rådet, kommer jag ihåg att såhär, jag skulle undvika alla nyckelhålmärkta produkter och äta så mycket fett som möjligt för att gå upp i vikt”* (Intervju F).

Detta gjorde att bulimin utvecklades väldigt snabbt. Efter att ha pendlat mellan anorexi och bulimi i många år kände hon att hon hade kommit till ett stadium i livet där hon inte kunde fungera socialt längre. Hon kände att det verkligen behövdes professionell hjälp, både för hennes egen skull, men också för framtiden om hon skulle vilja skaffa barn längre fram. Då kom hon i kontakt med Mandometerkliniken, det var samma vän som tidigare hade rått henne att söka hjälp för sin anorexi som gav henne ett tips om kliniken. Där gick hon på deras dagvård i totalt tre år.

Patient E förstod ganska fort att hon hade bulimi. *”Jag förstod att det inte var normalt att kräkas efter man hade ätit, och jag förstod att... jag var den enda som fick ångest när jag åt, även fast jag åt mycket mindre än de andra, så ville jag inte ha kvar det i... min mage liksom, så att jag för... jag förstod ganska snabbt att jag hade det, jag var alltid medveten om att jag hade det och att jag hade ett problem”* (Intervju E). Hon upplevde även hon att hemmamiljön hade påverkan på hennes sjukdom. Hon berättade att det blev jobbigt hemma, då hon och hennes mamma dagligen bråkade om allt som rörde maten och ätandet. Just det var den största anledningen som fick henne att söka behandling.

*”Jag ville ju inte vara ovän med min mamma, jag ville inte vara arg på min mamma hela tiden, så att det var väl största anledningen till varför jag ville ha hjälp, för jag kände att det här har gått för långt”* (Intervju E).

Hennes mamma hade sökt efter olika behandlingskliniker på internet och hade sedan gett förslaget att de skulle gå till Mandometerkliniken och undersöka hur behandlingen verkade. Väl på Mandometerkliniken bodde hon på slutenvården två till tre månader för att sedan flytta till hotellet i sex månader.

## 3.2 Behandlingsmodeller

Behandlarna från respektive klinik gav utförliga beskrivningar av sitt arbetssätt i intervjuerna.

### 3.2.1 Luna

Luna Dagenhet var en dagvårdsgrupp som jobbade med vuxna över 18 år. Den grundades år 2001 och sedan dess har de behandlat 61 grupper med åtta personer i varje grupp.

Behandlingsmodellen var utformad som gruppbehandling, där alla påbörjade och avslutade behandlingen samtidigt, varje grupp blev på det sättet en sluten grupp. Behandlingstiden var 16 veckor, och gruppen kom tre timmar om dagen, fem dagar i veckan.

Behandlarna berättade att varje dag alltid innehöll en lunch och ett mellanmål. Emellan måltiderna pågick olika typer av behandlingsinslag, någon form utav gruppaktivitet. Dessa aktiviteter var grupperapi, kroppskännedom, bildterapi och någon form utav psykopedagogisk aktivitet, som till exempel feministiskt självförsvar. Sedan gick hela gruppen ut och åt tillsammans i en miljö som var avsedd för just den typen av träning, närmare bestämt på olika restauranger. Första tiden gick de till en restaurang där patienterna fick maten serverad direkt, för att lära sig att stå ut med att få mat som någon annan har lagt upp. Efter en tid bytte de till en bufférestaurang för att kunna lära sig själva att lägga upp mat. Behandlare B sa också att framför allt efter lunchen försökte de se till att deras patienter inte kräktes. *”Vi äter ju ute, på en restaurang liksom. Och sen går vi tillbaka hit och då får ingen gå på toaletten, utan då har vi efter matenprat liksom, om hur det kändes att äta idag och hur det var och sådär”* (Intervju B).

Utöver gruppbehandlingen fick dessutom varje person en enskild behandlare som de skulle träffa en till två gånger i veckan vid sidan av gruppbehandlingen. Där gjordes det upp en behandlingsplan som sedan utvärderades. Framför allt jobbade de med patientens matdagbok, vilket behandlare A tyckte var den viktigaste delen under behandlingen och också stod som nummer ett på deras kontrakt.

*”Man måste börja lära sig att äta igen, vilket kan vara ganska jobbigt, för helt plötsligt är det någon som talar om för dig att: Så här ska du äta! Inte för att man inte kan äta på något annat sätt, men vi tror att det här är ändå det du behöver göra för att ta dig ur själva ätstörningsbeteendet”* (Intervju A).

De individuella samtalen var också till för att kunna utveckla patienten både i gruppen och individuellt, då alla var helt olika personer. Där inkluderades även beteendeförändring och relationer för att kunna få en klar bild av vad varje person behövde jobba med. Beteendet utgjorde en viktig del då det var en del utav ätstörningen. Relationerna var en patient tvungen att lära sig att hantera, både med sig själv och med andra.

*”Vad har ätstörningarna ställt till det för mig... när jag så att säga har hållt på som jag gör? Vad tackar jag nej till eller vågar jag inte gå in i relationer eller vågar jag inte söka jobb eller... Alltså, väldigt många saker kan bli... bli förstört... på vägen när ätstörningen får härja som värst”* (Intervju A).

På det viset gick det att skraddarsy en persons behandling eftersom alla patienter hade olika behandlingsplaner, men i slutändan var ramen alltid densamma för alla, det vill säga att patienten gick i gruppen 16 veckor, tre timmar om dagen, fem dagar i veckan och man bytte inte grupp.

### **3.2.2 Mandometerkliniken**

Mandometerkliniken hade sedan 1997 behandlat patienter från Stockholms Läns Landsting. Behandlarna berättade i sina intervjuer att ungefär 1400 patienter hade behandlats sedan dess. Totalt var det ungefär 250 patienter som för tillfället var inskrivna i behandling. Varje dag behandlades 60-70 patienter, det varierade från dag till dag. Mandometerkliniken bestod utav heldygnsvård, hotell och dagvård. Dessutom fanns det en enhet för överviktiga.

Heldygnsvården var till för de patienter som hade ett behov av vård 24 timmar om dygnet och hade 14 stycken platser. Hotellet fanns till för de patienter som kom från andra län och landsting. De bodde där heltid, men var inte i behandling hela dagarna. Dagvården fanns för de som behövde behandling, men inte var i behov av sluten vård. Behandlingen började alltid intensivt, då patienten i regel var där fem dagar i veckan, hela dagar, för att sedan trappas ner successivt. *”Det är inget självändamål att vara här, inte alls. Men allt är ju individuellt och det gör man ju upp enligt behandlingsplanen också”* (Intervju D). Varje behandling tog i snitt 14 månader, dock var spridningen stor, för varje person fick vara där tills de var friska och den tiden kunde variera mycket från person till person.

*”Så länge man gör framsteg och följer konceptet så får man vara här. En del går det betydligt fortare för och en del tar det längre tid för”* (Intervju D).



När en patient kom till kliniken kallades de till en ätutredning och startbehandling. Vid ätutredningen undersöktes patientens status, både fysiskt och psykiskt, med hjälp utav frågeformulär och blodprover. Vid startbehandlingen träffade patienten även sin individuella behandlare, som var den som gjorde ätutredningen. Man lade upp en behandlingsplan, som med tiden reviderades. Deras tanke var att patienten skulle ha kortsiktiga mål som skulle uppnås så att man därefter kunde gå vidare. Sedan diagnostiserades patienten. Behandlare C förklarade diagnostiseringen på följande sätt:

*”Om man har låg... väldigt låg kroppsvikt och lite annat, så får man diagnosen Anorexia Nervosa. Om man har normal kroppsvikt och kräks, då får man diagnosen Bulimia Nervosa. Men i stort sett behandlas alla.. de där två diagnoserna, de är två diagnoser för samma tillstånd, så att det är inte nån und... Det är inte nån underliggande skillnad på de där”* (Intervju C). Efter detta träffade patienten en dietist och gjorde upp ett väldigt detaljerat matschema. Patienten skulle äta sex mål mat om dagen och matschemat designades beroende på vilken diagnos patienten hade fått.

Behandlarna berättade vidare att behandlingen bestod utav fyra olika hörnstenar. Den första var att lära patienterna att äta på rätt sätt. Den andra var att jobba med patienternas fysiska aktivitet, framför allt om den var väldigt hög. Då kunde den tas bort till en början för att sedan byggas upp igen. Den tredje var att de arbetade med värmerum, värmefiltar och värmejackor, för att värme var ångestdämpande. Den fjärde var att hjälpa patienten med sin sociala återuppbyggnad, där utformningen var beroende på patientens behov. Det kunde vara allt från att hitta nya fritidsintressen till att kunna ta sig tillbaka till arbetslivet.

När patienterna skulle lära sig att äta på rätt sätt använde de sig utav ett verktyg som kallades för Mandometern. Den fungerade på så sätt att patienten fick lära sig att lägga upp 300-350 gram mat, som sedan skulle ätas upp på 12-15 minuter. När en person lyckades med det hade den lärt sig att äta rätt. Behandlare C menade att detta var det viktigaste en patient behövde arbeta med oavsett vilken typ av ätstörning som behandlades. En person med anorexi åt lite mat på lång tid, samtidigt som en person med övervikt, och så kallad hetsättningsstörning åt mycket mat på kort tid.

*”Det gör de med samma apparat, så i princip är det... samma behandling för allihopa, för allihopa har... ett problem med sitt ätbeteende i bakgrunden”* (Intervju C).

En annan sak både behandlare C och D ansåg vara ett viktigt inslag i behandlingen var den positiva förstärkningen. Deras fokus var inriktat på framtiden, det vill säga vad patienterna skulle träna på och klara av. Detta skedde med hjälp av ett så kallat belöningschema. Där gjorde patienten och behandlaren upp mål som skulle uppnås på en vecka. Klarade de inte målet första veckan fick de ett nytt försök och klarade de det efter två veckor fick de en liten present. Behandlare C påpekade att det var beteendeförändringar som belönades. *”Vi belönar aldrig nån biologisk förändring, utan när man ändrar sitt beteende... det är att... vi mäter inte ett hormon och säger att: aaa, vad bra, nu har hormonet ökat nu ska du få en belöning här utan, det är när man har lyckats med någonting, när man har förutsatt sig någonting”* (Intervju C). I början var målen blygsamma, men ju friskare patienten blev desto större blev de. Båda två påpekade också att de bara arbetade åt det positiva hållet med belöningar, de använde inga bestraffningar.

Behandlare C sa också att allt som gjordes på kliniken var baserat på vetenskap, behandlingen hade utvärderats och redovisats och alla kliniker som fanns inom Mandometerkliniken var kvalitetskontrollerade och certifierade enligt ISO (International Organization for Standardization). Detta gällde allt från vilka brandsläckare de hade till deras kliniska arbetssätt som hade blivit certifierat av utomstående experter.

*”Allting är certifierat, så att... här går allt rätt till kan man säga”* (Intervju C).

### **3.3 Styrkor**

Frågan kring vilka styrkor som fanns inom respektive behandling gav blandade svar. Två utav personerna ansåg att den största styrkan med deras behandling var att de jobbade med hela människan. Dessa två personer arbetade på olika kliniker och beskrev sina tankar på två olika sätt. Behandlare D syftade på att hon anser att hela patientens liv måste fungera. *”Lär man sig att äta bra, och sen kommer härifrån och inte har ett fungerande vardagsliv, då kan det ju inte fortsätta att fungera, eller oddsen är i alla fall betydligt sämre”* (Intervju D). Hon berättade också att Mandometerkliniken hade en anhörigförening för att kunna stötta familjen. Detta ansåg hon vara ett bra komplement, för att alla skulle kunna arbeta utefter samma riktlinjer som de använde på kliniken.

Behandlare B ansåg att de fick se sina patienter i flera sammanhang när det gällde hela människan. Dels att de fick lära känna en lite mer intelligent del i temagruppen. Samtidigt fick de se hur en patient tänker i gruppterapin, och dessutom får de se ett annat uttryck genom bildterapi.

*”För en del är det lätt att prata och för en del är det mycket lättare att måla liksom. Så då kan man få väldigt olika bild av den personen i bildterapi och i gruppterapin, eller det är jättejobbigt i grupp och mycket lättare enskilt, så får man också de två bilderna liksom”*  
(Intervju B).

Behandlare B ansåg även att en annan av behandlingarnas styrkor är att de jobbade med saker som patienterna brukade anse vara svåra. Den första var att de fick träna sig i att äta, och den andra var att genom gruppbehandling fick alla patienter jobba mycket med relationer till en grupp. Denna styrka höll även behandlare A med om. Hon tyckte att det var bra att varje person fick lära sig att förstå både att varje person är unik och att de är en i mängden. De fick på detta vis testa tankarna kring sin självbild och genom gruppen undersöka dessa tankar.

*”Tänker han så om mig? Tänker jag så om andra?”* (Intervju A).

Dessutom påpekade behandlare A att även fast behandlingen skedde i grupp ansågs det bra att patienterna hade varsin enskild kontakt, för hon ansåg att det existerade en nivåskillnad mellan dessa två behandlingar. En patient kanske kunde börja med att prata om sina tankar med en person, vilket är en nivå. Genom att börja reflektera med en person och sedan våga prata med gruppen höjde sig patienten ytterligare en nivå. Behandlare C tyckte kort och enkelt att styrkan med deras behandlingsmodell var att patienterna blev friska.

När patienterna fick frågan om vad som var bra med behandlingen svarade patient E direkt att hon var jättenöjd med hela behandlingen. Den kunde hjälpa henne att bli frisk, något hon aldrig trodde att hon skulle kunna bli. Patient F tyckte att det fanns flera styrkor med behandlingen. Hon ansåg att behandlingen var konsekvent, det vill säga att de hade fasta matrutiner som de skulle lära sig att följa och att det dessutom alltid fanns en behandlare som stöd. En annan styrka var att kliniken aldrig släppte taget förrän patienten var helt frisk. Detta ansåg hon gjorde att hon fick känna sig som en individ, istället för att bli en i mängden.

### 3.4 Svagheter

När intervjupersonerna fick frågan vilka som var svagheter eller vad som kunde göras annorlunda med behandlingen svarade fyra personer av sex på ett eller annat sätt att de hade svårt att se svagheter med behandlingen, till en början. Behandlare D påpekade att det alltid fanns saker som kunde förbättras hela tiden, men hade svårigheter att komma på något konkret som skulle kunnat förbättras i nuläget. Dock sa hon att upplägget inte nödvändigtvis fungerade för alla människor, utan patienten måste tycka att det var ett bra upplägg.

Behandlare C tyckte även han att det fanns saker som kunde göras bättre, men hade även svårt att hitta något konkret som behöver förändras. *”Vi har inte haft en enda patient som har varit missnöjd, eller som det har varit något... nån oönskad sidoeffekt. Men bättre, som jag sa so... även solen har en baksida, så att... finns mycket som kan göras bättre och det är därför man har forskning och utveckling, så att man ska kunna... kan bli lättillgängligare, och framför allt så vill vi förhindra att problemen uppstår, särskilt överviktsproblemet för det... har såna kolossala konsekvenser när man blir tjock. Det vet du säkert”* (Intervju C).

Behandlare A hade även hon svårigheter att hitta någon svaghet men kom efter en stund på att för många patienter var det ofta jobbigt att sluta behandlingen. Anledningen till det var att slut brukade förknippas med sorg och sorg ansågs vara en känsla som var jobbigt att stå ut med. Där ansåg hon att om det aldrig fanns ett slut på någonting så bearbetas aldrig sorgen. Därför använde de sig av en så kallad affektskola, där en patient lärde sig hantera sina känslor, att inte värdera dem och att förstå att det inte är farligt att ha dem.

*”En del patienter tycker att: Nä, men det är ingen ide jag blir arg, för jag kan ju ändå inte få dig att göra som jag vill. Eeh, det är ungefär som om känslan är till för att påverka andra, men så är det inte. Man behöver liksom sätta det på plats. Hur är det att vara människa?”* (Intervju A).

Patient E hade inget negativt att säga då hon hade ändrat åsikt i jämförelse med när hon började behandlingen. Hon ansåg då att behandlarna var tokiga som tyckte på det sättet, men sedan sa hon att hon inte tyckte så idag. När patient F fick frågan om vad som skulle kunna ha gjorts annorlunda med behandlingen svarade hon att hon tyckte att Mandometerkliniken hade väldigt mycket fokus på maten, något hon var väldigt skeptisk till redan när hon påbörjade behandlingen.

*”Det sitter ju i psyket liksom, det sitter ju, jag vet ju vad jag ska äta liksom, det sitter ju här (pekar på sitt huvud). Så att... alla de former som jag hade börjat få tidigare eller gått i terapi och sådär var... Det var ju mycket fokus på bara liksom... hur jag kände och... problem och saker runtomkring, men... det här med maten var ju lite såhär... för mig var det, jamen funkar det här, det här är ju en tvärtommetod kan man säga. Att funkar maten så funkar det psykiska” (Intervju F).*

Hennes åsikt var att det började komma fram andra tankar och känslor som hon inte hade bearbetat när maten väl började fungera. När de känslorna skulle bearbetas var hon tvungen att hitta vård för de känslorna på egen hand, då kliniken saknade en förankring i vården kring psykoterapi. Dessutom skulle helst behandlingen kring maten vara avslutad innan en ny behandling påbörjades.

Svagheter kan också vara lika mycket styrkor, fast på olika sätt. Den svaghet behandlare B nämnde var att patienterna i gruppen alltid blev väldigt beroende utav varandra, men sedan påpekade hon att hon tyckte att det också var en styrka i sig. Det var en styrka för att när patienterna bildade en grupp blev det viktigt för dem att lära sig att samarbeta, lära sig att sätta gränser och att uttrycka sig. Svagheten med detta blev att om det blev dålig stämning, eller om något mådde väldigt dåligt så påverkades hela gruppen av detta. *”Om man inte kan utnyttja gruppen för att man är för rädd eller liksom... får för mycket ångest eller så, så är det en svaghet, för då tror jag att man kan försvinna lite i gruppen liksom, på något sätt”* (Intervju B).

### **3.5 Patienternas utmaningar**

När en patient får bulimi möts den av utmaningar både under och efter behandlingen. Båda patienterna hade olika typer av upplevelser och utmaningar under tidens gång. Innan deras behandlingar började såg deras utmaningar olika ut. För patient E var den största utmaningen att äta så lite som möjligt men ändå inte kräkas vilket blev en stor utmaning eftersom hon fick väldigt mycket ångest efter att hon hade ätit. Det som blev den största utmaningen för patient F var att kunna återta kontrollen över sin ätstörning.

Båda två beskrev att de tyckte att det var jobbigt att under själva behandlingen behöva äta mer och mer mat av olika anledningar. Patient E tyckte att det blev för mycket när hon började märka att hon gick upp i vikt och patient F för att det var ångestframkallande med ett nytt mönster och att tvångsmässigt äta på en viss tid och ett visst antal mål mat om dagen.

*”Alltså för mig var det såhär, alltså jag bara åt och åt och åt, det kändes som att jag... jag visste inte vart jag skulle ta vägen, jag hade jättemycket ångest och så grät jag ju nästan varje måltid... i början”* (Intervju F). En annan stor utmaning för henne blev att minska på aktiviteter, att träna på att vara hemma, något hon tidigare hade försökt undvika genom att sysselsätta sig så mycket som möjligt. En annan sak som blev en utmaning var att förstå hur en normal portion mat såg ut. *”Man hade inte någon som helst bild av vad en normal måltid var”* (Intervju F).

Patient E berättade också att det inte bara var maten som var hennes problem. Sociala faktorer spelade också en stor roll då hon var inne i en identitetskris efter att ha bytt skola. Hon berättade att hon hade jättebra självförtroende först, men fick sedan vänner som hade dåligt självförtroende, varpå de sänkte hennes också. Det behandlarna valde att göra då var att tvinga henne att sluta umgås med de vännerna, något hon ansåg bra idag. En annan stor utmaning för henne var just att bli frisk.

*”När de kände på sig att nu är hon redo, då tröck de på lite, fast man vill gärna bromsa in själv för att man är så rädd. Jag var ju rädd för att bli frisk liksom, jag visste ju inte vem jag skulle... jag trodde ju jag skulle bli jättetjock då. Det ville jag ju inte bli, men de... pushade ju en liksom att våga göra, så att det var väl... det är ju mest behandlarna som ser, det är ju... man själv fattar ju inte så mycket liksom. Man är mest sur och arg hela dagen(fnissar till)”* (Intervju E).

När behandlingarna sedan var avslutade sa båda två att den största utmaningen efteråt var att klara sig helt på egen hand, att inte ha någon behandlare i närheten som stöd, utan att klara sig på samma sätt som alla andra gör. En annan stor utmaning för patient F:s del var också att kunna få kontroll över sitt liv igen, men samtidigt släppa kontrollen över maten.

### **3.6 Vändpunkter och framsteg**

Under behandlingens gång skedde det alltid vändpunkter i en patients behandling och framsteg gjordes med jämna mellanrum, vilket var nödvändigt för att kunna bli frisk från sin sjukdom. Det kunde ta olika lång tid innan det började märkas skillnader på patienterna och

det kunde till och med vara så att de blev lite sämre i början, att de fick ett återfall. Samtidigt påpekade både behandlare B och C att det var ett tecken på att en patient var på väg att tillfriskna, när olika typer av känslor gavs utrymme. Känslor var alltid en jobbig faktor, men när de kom fram gick de också att bearbeta. De första framstegen behandlarna brukade lägga märke till var dels att patienterna blev gladare, men framför allt att deras ätbeteenden började förändras, att de började äta mer och mer regelbundet. Detta var viktigt då en patients bulimiska beteende var beroende av svälten.

*”Om man svälter kroppen så behöver ju kroppen mer mat och det blir lätt en hetsätning. Och så får man ångest över det och då kräks man. Så att det första vi lägger fokus på är att man ska äta regelbundet och tillräckligt mycket, då brukar väldigt ofta... hetsätningarna och kräkningarna försvinna av sig själva”* (Intervju B).

De största framstegen som gjordes tyckte behandlare A var att en patient lärde sig att förstå vilka faktorer det var som upprätthöll en ätstörning, och på det sättet lärde de sig att äta på ett bra sätt utan att kräkas eller kompensera för det på annat sätt. Detta framsteg kopplade behandlare D också till stolthet, hur de kunde se på patienter att de blev stolta när de klarade av att äta det de skulle göra. Hon påpekade också att en annan stor förändring var att patienterna mådde bättre inombords, att de började tycka saker och ting var roligt då och då. *”Det är så otroligt tungt och jobbigt... att ha den här sjukdomen... med nästan inga stunder av glädje. När man ser den där första lilla, det kan vara bara... att man ler första gången, att det finns en liten stund av... där man kan släppa det här tunga”* (Intervju D). Ett annat framsteg var att patienterna fick tillbaka hungern och mättnadskänslan. Detta ledde till en mental förbättring, när en person kunde börja tolka sig själv påverkade detta självkänslan.

Patient F berättade att när hon påbörjade sin behandling hade alla val hon gjorde någon koppling till maten, allt från vilka kläder hon hade på sig till hur hon skulle kunna undvika mat i vissa situationer. Hela hennes identitet kretsade kring ätstörningen under den tiden. Mycket tankar gick åt till att fokusera på mat och utseende. Det var också något hon fick jobba mycket med under sin behandlingstid. Hennes vändpunkter under behandlingen skedde successivt, det var ingen specifik händelse som gjorde att det började fungera direkt. Sedan fanns det ändå tillfällen när hon märkte att olika saker började förändras, till exempel när hon märkte att hon klarade av att äta frukost. Den största vändpunkten var ändå att ångesten försvann och hon kände att mat var något som var roligt idag, både att laga maten och att äta den.

*”Jag trodde aldrig jag skulle få en chans att känna så. Det är... fantastiskt”* (Intervju F). Hon berättade att hon inte längre lät sin kropp styra henne, hon tyckte att det var helt okej att känna sig tjock så länge hon mådde bra. Då uppsatsen skrevs hade hon varit frisk i ett drygt år. Hennes självbild var helt förändrad och då var hon mycket nöjdare med sig själv.

För patient E blev vändpunkten helt annorlunda. När hon påbörjade behandlingen var känslan att få hjälp jätteskön för att all press släppte men när matdoserna ökade och hon märkte att hon gick upp i vikt, gjorde hon allting för att komma därifrån. Det gick så långt att hon inte såg någon mening med livet längre och försökte ta sitt liv. Vändpunkten blev när hon såg sorgen och rädslan hos sin mamma. Hon märkte att det fanns någon som älskade henne och det fick henne att vilja leva igen. Hon började lyssna på behandlarna och sakta men säkert började sjukdomen att förbättras. *”Jag har väl trott att jag varit... att jag var frisk, liksom efter en vecka då, efter att jag började lyssna på dem, men det är ju först nu typ... ja, för typ två år sen liksom, som jag verkligen insåg att nu är jag frisk och nu har jag hittat mig själv. Och nu är det ju jätteskönt, även fast man fortfarande har rädslan av att hamna tillbaka i det där. Man är ju så stolt över sig själv idag att man har klarat det”* (Intervju E).

Hon beskrev att hennes relation till maten hade blivit väldigt bra. Blodsockret var hennes varningssignal, så även om hon inte var jättehungrig åt hon ändå något litet för att inga tankar skulle sättas igång, vilket det kunde göra om hon avstod från en måltid. Då uppsatsen skrevs hade hon varit frisk från sin bulimi i ett och ett halvt år. Att hon inte ville leva då var något som skrämde henne och hon kunde inte förstå det. Hon skulle aldrig vilja byta ut sig själv, och hon kände att hennes självförtroende och självkänsla var de störst bidragande orsakerna till detta.

### **3.7 Uppföljning**

När patienterna hade behandlats färdigt skedde en uppföljning på respektive klinik. På Luna gick uppföljningen till på det viset att efter behandlingen var avslutad gjorde de en bedömning av varje patient. Efter tre månader skedde en uppföljning för att undersöka hur patienten mådde just då. Under perioden som var mellan bedömningen och uppföljningen hade inte patienterna och behandlarna kontakt. Enligt behandlare A var anledningen att de tyckte det



var bra och viktigt att patienten fick ställa in sig på att ta ansvaret själv, då det bara var patienten själv som kunde göra jobbet. Dock visade det sig att de hade väldigt mycket bortfall på deras uppföljningar. När behandlare A fick frågan hur detta kom sig svarade hon såhär: *”Det kan vara såhär att man har lämnat ätstörningen, har ingen lust att ägna tid till att sitta och svara på frågor igen och titta på självbild och... om man har någon annan psykiatrisk åkomma eller... alltså man... man är färdig med det här. En annan del kan ju vara att man faktiskt inte är färdig med sin ätstörning, och har ingen lust att komma tillbaka för att konstatera att den är... att det är kvar”* (Intervju A).

Vad gällde behandlingsprognosen var båda behandlarna osäkra på exakta siffror, men behandlare B trodde att vid bedömningen var ungefär 65 % av patienterna diagnosfria, ungefär 20 % hade ätstörning UNS och ungefär 7 % hade fortfarande kvar sin bulimi. Båda behandlarna valde att använda ordet diagnosfri, eftersom de ansåg begreppet frisk vara ett ord som var svårt att använda i detta fall. Även om en person inte hade någon diagnos längre kunde tankarna fortfarande finnas kvar, och de kunde ta längre tid att bli av med. Symptomfri innebar att patienten inte hetsåt och kräktes men att bli frisk ansåg behandlare A var något personligt.

*”Ja, då är det ju den där frågan, då behöver man gå tillbaka till vad är frisk? Om du tänker dig diagnosfri, så kan man bli diagnosfri på de här 16 veckorna. Absolut! Eeh.. bara man har liksom.. inte har hållit på med sina symptom i tre månader så blir man faktiskt diagnosfri. Men det betyder kanske inte att man är.. det är det jag menar också, det här med tankarna, det betyder kanske inte att man har ändrat helt sitt tankemönster och att ätstörningstankarna aldrig kommer igen. Tvärtom, jag tror man måste lära sig att de där kan sitta ganska lång tid efteråt, och att man behöver lära sig att bemöta dom”* (Intervju A).

Mandometerkliniken gjorde kontroller var sjätte vecka för att mäta en persons utveckling, där de fick testäta och fylla i vissa av de frågeformulär som svarades på vid ätutredningen. Sedan arbetade de med en uppföljningsperiod som sträckte sig över fem år. Totalt innehöll dessa fem år elva kontroller, varav sex skedde under det första året. Detta ansågs vara ett prövoår där de fick leva ett vanligt liv och undersöka hur det fungerade att klara sig på egen hand. Andra året gjordes två kontroller och de tre sista åren var det kontroll en gång per år. Av de som startade behandling blev 75 % helt diagnosfria efter behandling och när det femåriga uppföljningsprogrammet hade avslutats lyckades 90 % av dessa förbli diagnosfria.

### **3.8 Könsfördelning**

Nästan samtliga behandlare svarade enhälligt gällande frågan om könsfördelning, nämligen att i princip bara kvinnor behandlades på klinikerna. Mandometerkliniken hade haft 70 män av 1400 patienter, och Luna hade inte haft en enda man av nästan 500 patienter. Behandlare C resonerade på en biologisk nivå och trodde att detta berodde på att kvinnor ansågs klara av svält mycket bättre än män, men också att kvinnor kunde ha större svårigheter att äta mer mat när det verkligen var nödvändigt.

Behandlarna på Luna resonerade så att det var betydligt färre män som sökte professionell hjälp. Detta trodde behandlare B också berodde lite på öppenvården, då det var de som gav remisser till behandlingen. Dessutom trodde båda intervjupersonerna att det skulle bli problem i behandlingen med sju kvinnor och en man i en grupp, då risken skulle finnas att mannen då skulle känna sig utsatt.

### **3.9 Sammanfattning av resultat**

Summeringen av resultaten visade att behandlingsklinikerna arbetade på olika sätt för att uppnå sina mål. De hade olika synsätt på sina patienter både kring behandling och kring uppföljning men de var ändå eniga på vissa punkter, utifrån olika synsätt. Luna ansåg att det var en styrka att arbeta i grupp. Mandometerkliniken hade som svar på frågan om styrkor svarat att patienterna blev diagnosfria. Båda beskrev att de arbetade med hela människan. Båda klinikerna hade svårigheter att hitta några svagheter med sin metod. Båda behandlingsmetoderna visade på framgångsrika om än något otydliga behandlingsprognoser. Vad gällde en persons tillfrisknande visade resultaten att det inte gick att fastställa en behandling som fungerar för alla, då det fanns så många faktorer utöver maten som påverkade en persons tillfrisknande.

## 4. Diskussion

### 4.1 Sammanfattande diskussion

Syftet med studien var att undersöka hur två olika behandlingskoncept ser ut, vilka styrkor och svagheter experter och patienter anser finnas på respektive klinik och att undersöka hur en patient kan bli frisk från sin sjukdom.

Frågorna som behandlades var:

Vad anses vara styrkorna med respektive behandlingsmetod?

Vad anses vara svagheter med respektive behandlingsmetod?

Hur kan en individ övervinna sin sjukdom?

Som teoretisk ram används Aaron Antonovskys teori KASAM som utgår ifrån det salutogena perspektivet för att undersöka hur KASAM kan påverka patienterna till att bli friska från deras sjukdom. KASAM utgår ifrån grundstenarna Begriplighet, Hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky 2005, s. 44-45).

Vad gäller styrkorna angående klinikernas behandlingsmetoder hade alla fyra behandlare snabba svar på vilka som var styrkorna. Behandlare C betonade att på Mandometerkliniken gick allt rätt till, kliniken var certifierad enligt ISO. Detta gav en tydlig indikation på att hans KASAM gällande kliniken var hög, att han begrep de skeden som dök upp och kunde hantera dem. Det fanns också en hög meningsfullhet i det han gjorde eftersom patienterna hade en hög grad av återhämtning (Antonovsky 2005, s. 44-45). Dock kändes uttalandet något kategoriskt. Han tyckte att allting gick rätt till där han arbetade, men det fanns ingenting som sa att det inte skulle göra det på andra kliniker. Forskningen hjälpte deras patienter framåt, men andra kliniker hjälpte också sina patienter att tillfriskna.

En annan sak som påpekades som styrka var att en behandlare på varje klinik tyckte att deras behandlingsmetod omfattade hela människan, inte bara maten. En av patienterna höll med om detta, hon tyckte det var bra att hon blev sedd som en individ och fick jobba utifrån sitt eget perspektiv.

På Luna skedde behandlingen både på grupp- och individnivå. Båda behandlarna ansåg att arbete i grupp var en styrka då patienterna fick lära sig att hantera olika typer av relationer. Dessutom blev deras utmaningar att jobba med de saker som var svårast för en patient. Detta gav en tydlig likhet av hur de arbetade på Amarumkliniken i Nederländerna (Lammers, Exterkate, De Jong, 2007). Samtidigt sa behandlare A att patienterna dels måste lära sig att äta ordentligt och samtidigt jobba med matdagboken. Detta var något de fick hjälp av sin personliga behandlare att jobba med. Det gjorde att patienten fick lära sig att utveckla sitt ätbeteende både i teorin och i praktiken, vilket klassades som en styrka.

Detta ledde vidare till en tanke gällande uppföljningen av behandlingen hos Mandometerkliniken och Luna. De skiljde sig åt ordentligt genom att använda sig av olika metoder för att lära patienten att höja sitt KASAM och att lära sig att handskas med de GMR som fanns och skapades (Antonovsky 2005, s. 17).

Luna använde sig av en behandling på en bestämd tid (16 veckor), därefter gjordes en bedömning av patientens status och därefter skedde uppföljningen tre månader senare. Under den perioden hade inte patienten kontakt med behandlarna för att de tyckte det är bra att patienten själv lär sig att hantera sin ätstörning. Detta gjorde att patienten fick möta en stor utmaning redan efter fyra månader, vilket kan lämna frågan: Vad händer om patienten inte känner sig redo?

Mandometerkliniken jobbade på det sättet att patienten fick vara där så länge den behövde. Det fanns alltid en individuell behandlare med som stöd. Efteråt skedde uppföljning vid elva tillfällen på fem år. Deras tanke var att hjälpa patienterna att hantera sin ätstörning innan de ansågs kunna klara detta själva. Därför ansågs första året som ett prövoår efter utskrivningen, de fick testa och se hur det gick att klara sig på egen hand. Fördelen med detta var att patienten kunde känna sig trygg så länge det var nödvändigt. Nackdelen var att patienten vände sig vid att ha någon vid sin sida. Detta påpekade båda patienterna som sin största utmaning när de skrevs ut, att klara sig på egen hand.

Frågan om svagheterna fick blandade svar, men fyra personer av sex hade svårigheter att hitta en svaghet angående metoden, om de ens hittade någon. Svaren blev i likhet med: Ja, saker kan alltid göras bättre, men... Givetvis kan det finnas svårigheter med att hitta ett svar på en

fråga på kort varsel, samtidigt visade det att behandlarna ville se mera styrkor än svagheter, att de tyckte att begripligheten gällande behandlingen var hög (Antonovsky 2005, s.44). Ett exempel på detta var behandlare C:s svar på frågan om svagheter, då han först sa att även solen har en baksida och sedan började berätta om hur nöjda alla deras patienter varit. Detta ger tolkningen att det han ville säga var att: Ja, det finns säkert svagheter, men det finns ännu fler styrkor. Antagligen hade de undan för undan förbättrat sin verksamhet och eliminerat de svagheter som hade visat sig vid kvalitetsrevisioner, men det kan ändå vara så att man var hemmablind och inte såg de egna svagheterna.

Patient F beskrev en viktig svaghet med behandlingen när hon sa att den fokuserar mycket på maten. När maten började bli hanterbar dök det upp andra tankar och känslor som var svåra att hantera. Där sa hon att kliniken saknade resurser, den situationen kunde hon inte kontrollera själv. Därigenom sänktes hanterbarheten enligt KASAM (Antonovsky 2005, s. 45). Hon fick söka behandling på egen hand men detta skulle helst ske först efter att behandlingen mot ätstörningen var avslutad.

Vad gäller behandlingsmetod var det gemensamma draget klinikerna emellan att de lärde sina patienter att äta riktigt, även fast de gjorde det på olika sätt. Detta var dock en väldigt viktig faktor, då maten var en av de största delarna som patienterna inte lärt sig att hantera när de kommit till klinikerna. Utöver detta skiljde sig klinikerna markant, de hade helt olika utgångspunkter.

Antonovsky skrev att av de tre komponenterna som utgör KASAM anses meningsfullheten vara den viktigaste, då en person troligen inte skulle kunna begripa eller hantera en situation om det inte fanns någon mening med den (Antonovsky 2005, s. 50). Detta visade sig ha en stor påverkan på patient E. Ursprungligen begrep hon att hon hade ätstörningen, men hon kunde inte hantera den när maten blev en större och större GMR (Antonovsky 2005, s. 17). Detta ledde till att hon hade förlorat sin meningsfullhet så mycket att hon försökte ta sitt liv. När hon såg sorgen och rädslan hos sin mamma insåg hon att det var värt att lägga sin energi på den utmaning hon stod framför, nämligen ätstörningen och att bli frisk (Antonovsky 2005, s. 45). Hon lärde sig att begripa att hon var älskad och ökade därmed sin meningsfullhet. Detta ledde i sin tur till att hon började lära sig att hantera sin ätstörning.

På frågan om när vändpunkten kom för patient F svarade hon att den kom vid flera tillfällen men den största var när hon kände att ångesten inför mat försvann. Då höjdes hennes begriplighet, informationen att hon måste äta blev tydlig. Detta visade att hon hade lärt sig att möta den svårigheten och att kontrollera den. Hon har också ökat meningsfullheten när hon tycker att det är roligt att laga och dessutom äta mat idag. Allt enligt KASAM (Antonovsky 2005, s. 44-45). Ovanstående två exempel visar att KASAM var ett lämpligt ramverk för undersökningen.

Båda patienterna har beskrivit behandlingen som väldigt tuff men att de efteråt var nöjda med sig själva och att de mådde bra. Detta stämmer väl med resultatet från den kvalitativa intervjustudien från England och Australien (Malson, Bailey, Clarke, Treasure, Anderson, Kohn 2011).

Denna studie innehöll intervjuer med patienter där de fick uttala sig om den genomgångna behandlingsmodellen. Detta förekom inte i de studier som gick igenom i denna undersökning. Där omfattade intervjuerna snarare resultatet av respektive behandling.

## **4.2 Metoddiskussion**

För att få ett större djup valdes intervjustudie framför enkätstudie. Fördelen var att det gav ett annat perspektiv, då personer inifrån muntligt fick berätta sin syn på hur allt gick till. Intervjuerna i sig gick överlag bra. Det som var negativt var att det var en fråga som inte riktigt besvarades. Frågan om svagheter visade sig vara just en svaghet. Den hade kunnat ge ytterligare djup i studien. Ett sätt att få svar hade kunnat vara att återkomma till frågan då alla andra frågor besvarats. Då hade intervjupersonerna haft möjlighet att reflektera över frågan en gång till.

## **4.3 Studiens begränsningar och vidare forskning**

En faktor som hade kunnat styrka studiens pålitlighet hade varit om det hade kunnat genomföras flera intervjuer. Nu blev det två behandlare från varje klinik och två patienter från samma klinik. Med flera behandlare hade det troligtvis funnits en möjlighet att få ut ännu mer

djup information, men också att styrka de resultat som redovisats. Gällande patienterna hade det givetvis varit bättre om flera intervjuer hade genomförts där också, av två skäl. För det första hade flera patienter fått ge sin syn på behandlingen. För det andra fick författaren endast tillgång till patienter från Mandometerkliniken. Det hade varit intressant att få patienters åsikter från Luna också, för att på så sätt kunna göra ytterligare kopplingar. En annan faktor angående patientintervjuerna var att den ursprungliga önskan var att få göra intervjuer med både en man och en kvinna men det gick inte att genomföra då antalet män i behandling är näst intill obefintliga. Både i tidigare forskning och via behandlarna på respektive klinik stod det klart att det knappt finns några män som söker behandling för bulimi. Detta skulle vara intressant att göra en studie på. Dels för att undersöka varför det kommer sig, men framför allt att göra en studie som riktar in sig på manliga bulimipatienter.

#### **4.4 Slutsats**

Intervjuerna och material från respektive klinik gav en bild av hur behandlingsmetoderna för bulimi på Stockholms Centrum för Ätstörningar och Mandometerkliniken såg ut. De olika behandlingsmodellerna arbetade efter helt olika koncept. Båda klinikerna upprättade individuella behandlingsplaner för varje patient, men beträffande uppföljningen av patienterna efter utskrivning skiljde de sig åt. Av intervjuerna framgick de olika behandlingsmetodernas styrkor, dock var det vagare gällande svagheter. Det finns goda prognoser för tillfrisknande.

## Käll- och litteraturförteckning

### Tryckta källor:

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. Utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Bergh, C. Brodin, U. Lindberg, G. & Södersten, P. (2002). Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *PNAS*, vol 99(14), s. 9486-9491.
- Bergh, C. & Södersten P. (2004). Viewpoint Mandometer Treatment of Eating Disorders; A Reply, *European Eating Disorders. Review*, vol. 12 (6), s. 333-336.
- Bulik, C. M. Sullivan, P. F. Carter, F. A. McIntosh, V. V & Joyce, P. R. (1998). The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, vol. 28 (3), s. 611-623.
- Côté, J. Salmela, J. H. Baria, A. & Russell, S. J. (1993). Organizing and Interpreting Unstructured Qualitative Data. *The Sport Psychologist*, vol. 7 (2), s. 127-137.
- Cumella, E. J. & Kally, Z. (2008). Profile of 50 Women with Midlife-Onset Eating Disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, vol. 16 (3), s. 193-203.
- Van Elburg, A. A. Hillebrand, J. J. G. Huyser, C. Snoek, M. Kas, M. J. H. Hoek, H. W & Adan, R. A. H. (2011). Mandometer treatment not superior to treatment as usual for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 45, (2), s. 193-201.
- Fairburn, C. G. (2003). *Att övervinna hetsätning: [ett nytt vetenskapsbaserat behandlingsprogram]*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Gassne, J. (2008). *Salutogenes, Kasam och socionomer* Lunds Universitet, Socialhögskolan
- Grilo, C. M. Crosby, R. D. Masheb, R. M. White, A. M. Peterson, C. B. Wonderlich, S. A. Engel, S. G. Crow, S. C. & Mitchell, J. E. (2009). Overvaluation of Shape and Weight in Binge Eating Disorder, Bulimia Nervosa, and Sub-threshold Bulimia Nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 47(8), s. 692-696.
- Hassmén, N. Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder* SISU Idrottsböcker



Hay, P. J. & Bacaltchuk, J. (2008). Bulimia Nervosa *Clinical Evidence (Online)* PMID: PMC2907970

Lammers, M. W. Exterkate, C. C. & De Jong, C. A. J. (2007). A Dutch Day Treatment Program for Anorexia and Bulimia Nervosa in Comparison with Internationally Described Programs. *European Eating Disorders Review*, vol. 15 (2), s. 98-111.

Malson, H. Bailey, L. Clarke, S. Treasure, J. Anderson, G. & Kohn, M. (2011). Un/imaginable Future Selves: A Discourse Analysis of In-Patients Talk about recovery from an Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, vol. 19 (1), s. 25-36.

Mitchell, J. E. Agras, S. Crow, S. Halmi K. Fairburn C. G. Bryson S. & Kraemer H. (2011). Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: randomised trial. *the British Journal of Psychiatry*, vol. 198 (5), s. 391-397.

Richard, M. for COST Action B6 (2005). Effective Treatment of Eating Disorders in Europe: Treatment Outcome and Its Predictors. *European Eating Disorders Review*, vol. 13 (3), s. 169-179.

Russel, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa *Psychological Medicine*, Vol 9 (3), s. 429-448.

Rö, Ö. Martinsen, E. W. Hoffart, A. Sexton, H & Rosenvinge, J. H. (2005). Adults with Chronic Eating Disorders. Two-Year Follow-Up After Inpatient Treatment. *European Eating Disorders Review*, Vol. 13 (4), s. 255-263.

Schmidt, U. (2003). Mandometer Musings. *European Eating Disorders Review*, vol. 11 (1), s. 1-6.

Sheldon, B. (2011). *Cognitive-Behavioural Therapy Research and practice in health and social care* (2. Ed.) Abingdon, Oxon: Routledge

Swanberg, I. (2004). Prevention av ätstörningar Kunskapsläget idag *Svenska Folkhälsoinstitutet*

Trost J. *Kvalitativa intervjuer* ISBN 91-44-03802-X Tredje upplagan 2005

Zeeck, A. Weber, S. Sandholz, S. Joos, A & Hartmann, A. (2011). Stability of Long-Term Outcome in Bulimia Nervosa: A 3-Year Follow-Up *Journal of Clinical Psychology*, Volume 67 (3), s. 318-327.

### **Elektroniska källor:**

American Psychological Association <http://www.apa.org/topics/eating/index.aspx> (2012-03-05)

FASS

[http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel\\_produk.asp?NplID=20040607010815&DocTypeID=7](http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produk.asp?NplID=20040607010815&DocTypeID=7) (2012-02-25)

Mandometerkliniken <http://mando.se/sv/Vara-kliniker/Mandometerklinikerna/1.aspx> (2012-02-09)

Mandometerkliniken <http://mando.se/sv/Var-metod/Mandometer-/Mandometer-/1.aspx> (2012-02-09)

Medical Criteria <http://www.medicalcriteria.com/criteria/bulimia.htm> (2012-03-01)

Stockholms Centrum för Ätstörningar <http://scfa.se/about/history/index.html> (2012-02-09)

Stockholms Centrum för Ätstörningar <http://scfa.se/patients/index.html> (2012-02-09)

### **Otryckta källor:**

Intervju nummer 1, 2012-01-31, i författarens ägo

Intervju nummer 2, 2012-02-03, i författarens ägo

Intervju nummer 3, 2012-02-03, i författarens ägo

Intervju nummer 4, 2012-02-08, i författarens ägo

Intervju nummer 5, 2012-02-09, i författarens ägo

Intervju nummer 6, 2012-02-15, i författarens ägo

## Bilaga 1

### Litteratursökning

**Syfte och frågeställningar:** Syftet med uppsatsen är att undersöka hur olika behandlingskoncept för bulimi ser ut, att undersöka vilka styrkor respektive svagheter experter och tidigare patienter anser finns inom vården gällande bulimia nervosa, och att undersöka hur patienter med Bulimia Nervosa kan bli friska från sin sjukdom.

Vad anses vara styrkorna med respektive behandlingsmetod?

Vad anses vara svagheter med respektive behandlingsmetod?

Hur kan en individ övervinna sin sjukdom?

#### Vilka sökord har du använt?

*Bulimia Nervosa, Bulimia Nervosa Adults, Bulimia Nervosa Inpatient Treatment Adults, Bulimia Inpatient Treatment Adults, Treatment Bulimia, Treatment Bulimia Adults, Bulimi, Bulimi behandling, Bulimia Treatment Programs, Bulimia Qualitative, Mandometer, Bulimia Cognitive Behavioural Therapy Effect, Bulimi Definition*

#### Var har du sökt?

*PubMed, SportDiscus, Google Scholar, GIH:s bibliotek, Stockholms Stadsbibliotek, Karolinska sjukhuset Huddinge, Karolinska sjukhuset Solna, Folkhälsoinstitutets hemsida*

#### Sökningar som gav relevant resultat

*PubMed: Bulimia Nervosa, Treatment Bulimia Adults, Bulimia Treatment Methods  
Google Scholar: Mandometer, Bulimi Definition  
SportDiscus: Bulimia Treatment, Bulimia Treatment Programs, Bulimia Inpatient Treatment Adults, Bulimia Qualitative*

#### Kommentarer

*Många artiklar behandlar flera ätstörningar på en och samma gång, vilket ibland kan röra till det. En sak som var svår att hitta var kvalitativa studier inom området, då de allra flesta studier som genomförts har varit kvantitativa.*

## Bilaga 2

### Centrala begrepp

<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV)</i>
Den diagnosmanual som används inom psykiatrin för tonåringar och unga vuxna sedan 1994 (Swanberg, 2004, s.10)

<i>Anorexia nervosa</i>
En ätstörningssjukdom som kännetecknas av att en person lever med en kroppsvikt under 85% av det som anses normalt för den personens vikt och längd. Dessutom lider personen av en intensiv rädsla för att bli tjock, och vill av den anledningen inte hålla en normalvikt (Swanberg, 2004, s. 10).

<i>Bulimia Nervosa</i>
En ätstörningssjukdom som introducerades för allmänheten år 1979, men som enbart gick under namnet bulimia fram till 1980 (Swanberg, 2004, s. 11). En sjukdom som innebär att en person på kort tid hetsäter stora mängder mat, som han/hon sedan försöker göra sig av med på olika sätt, såsom kräkningar, överdriven mängd motion eller användning utav laxeringsmedel (Swanberg, 2004, s. 11).

<i>Hetsätningstörning (Binge Eating disorder)</i>
Upprepade perioder av hetsätning, men utan försök att göra sig av med maten, såsom kräkningar, laxeringsmedel osv (Swanberg, 2004, s. 11).

<i>Ätstörning UNS (Utan Närmare Specifikation)</i>
En ätstörningsdiagnos som ligger mittemellan de ovanstående diagnoserna, då inte alla kriterier för en viss ätstörning är uppfyllda (Swanberg, 2004, s. 11).


## Bilaga 3

### Intervjuguide behandlare

**Hej! Tack så mycket för att du ville ställa upp på denna intervju! Vi kommer att prata om hur kliniken och behandlingsmodellen ser ut i stort. Vi kommer att sitta och prata ca 30-60 minuter. Jag kommer att spela in vårt samtal på en diktafon, men allting du säger kommer att vara anonymt! Du får ta den tid du behöver för att besvara frågorna, och är det någon fråga du känner att du inte vill besvara är det bara att säga ifrån!**

**Fet stil= Huvudfrågor Normal stil= följdfrågor**

### **1. Introduktion**

**Då vill jag först be dig berätta om din yrkesbakgrund!?**

Vad är din roll på kliniken?

### **2. Behandlingsmodellen**

**Kan du beskriva hur behandlingsmodellen ser ut?**

**Vad finns det för styrkor med behandlingsmodellen?**

**Vilka är svaghetera?**

När startades den här behandlingsmodellen?

Hur har den utvecklats från start?

Hur tycker du den fungerar idag i jämförelse med från början?

**Hur många olika behandlingsstadium finns?**

Vilka metoder använder ni er av?

Hur lång tid brukar en behandling pågå?

### **3. Dagsläget**

**Hur ser behandlingsprognosen ut idag?**

På vilka sätt har den förändrats i jämförelse från starten?

### **4. Patienternas tillfrisknande**

**Kan du berätta ungefär hur lång tid det brukar ta för en person att bli frisk med er behandlingsmetod?**

Ungefär hur lång tid brukar det ta innan ni märker skillnader på era patienter?

Vilka brukar vara de första framstegen ni lägger märke till hos era patienter?

Vilka brukar vara de största framstegen era patienter gör under behandlingstiden?

**Hur ser uppföljningen ut efter behandlingen?**

### **5. Återfall**

**Kan du berätta om hur det ser ut kring återfall?**

## **6. Ålder och könsfördelning**

**Beskriv hur könsfördelningen ser ut!**

Vad tror du gör att könsfördelningen ser ut som den gör i dagsläget?

Var ligger åldern på patienterna i snitt?

## **7. Konceptskillnader**

**På vilka sätt tror du konceptet skiljer sig gentemot andra klinikers behandling?**

**Tack än en gång för att du ville ställa upp på denna intervjun!**

**Bilaga 4**

**Intervjuguide patienter**

**Hej! Tack så mycket för att du ville ställa upp på denna intervju! Vi kommer att prata om dina upplevelser angående sjukdomen och även lite angående kliniken. Vi kommer att sitta och prata ca 30-60 minuter. Jag kommer att spela in vårt samtal på en diktafon, men allting du säger kommer att vara anonymt! Du får ta den tid du behöver för att besvara frågorna, och är det någon fråga du känner att du inte vill besvara är det bara att säga ifrån!**

**Fet stil= Huvudfrågor Normal stil= följdfrågor**

### **1. Introduktion**

**Berätta lite om dig själv!?**

### **2. Innan behandlingen**

**Hur länge har du haft bulimi?**

När kom du på att du hade bulimi?

När sökte du behandling?

**Vad var det som fick dig att söka behandling?**

Hur kom du i kontakt med kliniken?

Hur länge var du på kliniken?

### **3. Under behandlingen**

**Kan du berätta lite om de olika momenten som ingår i behandlingen?**

I vilket skede sker respektive moment?

**På vilka sätt känner du att de olika momenten har hjälpt dig framåt i din behandling?**

Kan du berätta om hur det kändes känslomässigt under olika delar av behandlingen?

Vilka delar kändes bättre, vilka kändes mindre bra?

**Kan du berätta om din vändpunkt?**

### **4. Utveckling**

**På vilka sätt känner du att du har utvecklats sedan du började med behandlingen?**

Vilka känslomässiga skillnader känner du nu i jämförelse med när du påbörjade din behandling?

Vilka fysiska skillnader känner du nu i jämförelse med när du påbörjade din behandling?

**På vilka sätt har du lärt dig hantera bulimin?**

### **5. Utmaningar**



**Vilka var dina största utmaningar innan du började med behandlingen?**

**Vilka blev dina största utmaningar under behandlingen?**

**Vilka kommer bli dina största utmaningar när du är färdig med behandlingen?**

**6. Behandlingskonceptet**

**Vilka delar tycker du har varit bra med behandlingen/konceptet?**

**Vilka delar tycker du hade kunnat göras annorlunda?**