

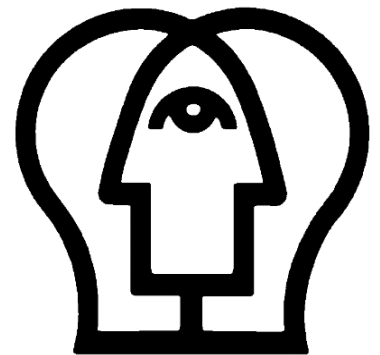
# Drop-in-verksamhet för patienter med ätstörningar - en kvalitativ studie av lättillgänglig specialistvård

Linn Almlöf  
Sofia Lindström  
Moa Manneberg

Handledare: David Clinton  
PSYKOLOGEXAMENSUPPSATS, 30 POÄNG 2011

**STOCKHOLMS UNIVERSITET**

**PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN**



## Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b>	4
Beskrivning av ätstörningsdiagnoser enligt DSM IV-TR	6
Hetsätstörningsstörning i DSM-V	6
Prevalens och incidens	7
Sjukdomsdebut	7
Teorier om etiologi	7
Vidmakthållandefaktorer	9
Evidensbaserade behandlingar för ätstörningar	10
Behandlingsutfall	12
Ambivalens och motivationsproblem	13
Livskvalitet och hälsoekonomi	14
Hur kan drop-in som modell för organisering av ätstörningsbehandling tänkas komplettera den nuvarande ätstörningsvården?	15
Forskning på drop-in-verksamheter	16
Verksamhetsbeskrivning av Dala ABC	19
Syfte	21
<b>Metod</b>	22
Urval och undersökningsdeltagare	22
Kvantitativ beskrivning av Dala ABC:s patientgrupp	22
Material	24
Procedur och datainsamling	24
Analysmetod	25
Uppdelning av kvalitativt analysarbete	26
Resultatpresentation	27
Etiska överväganden	27
<b>Resultat</b>	27
Steg 1: Analys 1	27
Steg 2: Analys 2	29

Steg 3: Likheter och skillnader mellan analys 1 och 2	31
Steg 4: Integrerad analys	33
<b>Diskussion</b>	40
Resultatdiskussion relaterat till tidigare forskning	40
Allmän resultatdiskussion	44
Metoddiskussion	46
Sammanfattande slutsatser och förslag på vidare forskning	49
<b>Referenser</b>	51
<b>Bilaga 1. Informationsbrev</b>	53
<b>Bilaga 2. Informerat samtycke</b>	54
<b>Bilaga 3. Intervjuguide</b>	55
<b>Bilaga 4. Teman MM</b>	56
<b>Bilaga 5. Teman LA</b>	64

## DROP-IN-VERKSAMHET FÖR PATIENTER MED ÄTSTÖRNINGAR – EN KVALITATIV STUDIE AV LÄTTILLGÄNGLIG SPECIALISTVÅRD

Linn Almlöf, Sofia Lindström och Moa Manneberg

Patienter med ätstörningar är ofta ambivalenta inför behandling. Dessutom är den specialistvård som finns relativt svår att få tillgång till. En specialistmottagning i Falun, Dala ABC, har i ett försök att göra vården mer lättillgänglig startat en drop-in-verksamhet för vuxna med ätstörningar. Syftet med denna studie var att undersöka eventuella för- och nackdelar med denna drop-in-verksamhet genom en kvalitativ intervjuundersökning. Fyra teman framträdde i intervjuerna; rädsla, tillgänglighet, frivillighet samt behov av trygghet och bekräftelse. Dessa resultat tyder på att drop-in-verksamheten gör det lättare att söka vård och bidrar till upplevelsen att behandlingen sker utifrån ens egna villkor och möjliggör för patienterna att träffa andra i liknande situationer. Det upplevs som en trygghet för patienterna att de, vid behov, kan vända sig till mottagningen. En eventuell nackdel med drop-in-verksamheten är ovissheten kring hur många patienter som kommer till mottagningen samtidigt. Slutligen kan konstateras att verksamhetsformen behöver utvärderas ytterligare och möjligen implementeras i fler verksamheter.

Ätstörningar är en vanligt förekommande och allvarlig folkhälsosjukdom som kostar samhället stora summor varje år eftersom ätstörningspatienter ofta blir mer eller mindre funktionsnedsatta och problematiken orsakar ett stort lidande. Många väntar flera år med att söka hjälp och för dem som inte själva söker hjälp dröjer det ofta länge innan de får hjälp för sina ätstörningar (Clinton & Norring, 2002). I en stor svensk studie (SUFSA-projektet), där fler än 900 vuxna patienter som behandlats vid specialenheter runt om i landet kartlagts, var den rapporterade genomsnittliga sjukdomstiden vid behandlingsstart åtta och ett halvt år (Clinton & Norring, 2002). Ytterligare ett problem är att när individen väl vänder sig till sjukvården tar det lång tid att få hjälp, eftersom fler behöver hjälp än det finns resurser för. Många specialistmottagningar prioriterar därför patienter som är i störst behov av vård, till exempel allvarliga svälttillstånd, framför patienter som bedöms vara i mindre akut behov av vård (Stockholms Centrum för Ätstörningar, 2011).

Av flera skäl är det ofta ett stort steg och en stor utmaning att söka vård för ätstörningspatienter. Dessutom är det många som inte vill söka hjälp, av olika anledningar (Clinton & Norring, 2002). Det finns en misstro hos en del patienter inför möjligheten att få någon hjälp överhuvudtaget, samtidigt som vissa försöker lösa sina problem på egen hand (Clinton & Norring, 2002). I en studie av Hepworth och Paxton (2007) framkom att känslor av skam och rädsla för stigmatisering var en av de största barriärerna som hindrade patienter med ätstörningar från att söka vård. Sjukdomsinsikten för den här patientgruppen inträder ofta sent i sjukdomsförloppet när svårighetsgraden av symtomen redan är allvarliga. Dessutom är denna insikt relativt flyktig och fluktuerande, vilket ökar distansen till att söka behandling för ätstörningen ännu mer.

Något som komplicerar saken ytterligare är att den initiala viktnedgången ofta förstärks av omgivningen på grund av de rådande ideal som finns i vårt samhälle. Detta gör att anorektiska symtom som viktnedgång inledningsvis kan betraktas som något positivt snarare än som något patologiskt, vilket bidrar till att sjukdomsinsikten skjuts upp ännu mer. Viktnedgång förstärks och

vidmakthålls även av fysiologiska faktorer. Clinton och Norring (2002) skriver om hur svälten resulterar i en ökad serotoninproduktion vilket i sin tur leder till att kroppens signaler som vanligtvis stimulerar ätandet istället hämmas. Detta i kombination med den positiva psykologiska påverkan som en viktnedgång har på anorektikers självkänsla blir destruktiv för individen.

En stor rädsla för många personer med ätstörningar är att tappa kontrollen över sina beteenden, då främst de som är relaterade till mat och ätande. Denna rädsla är en del av den ambivalens som är en försvårande faktor för denna patientgrupp. Många ätstörningspatienter är rädda för att bli friska, eftersom det upplevs innebära just en kontrollförlust och att man måste sluta använda sig av en ångesthanteringsstrategi som individen upplever har fungerat relativt väl. Clinton och Norring (2002) menar att många personer med en ätstörningsproblematik har svårt att erkänna allvaret i sina problem. Sjukdomsinsikten är många gånger begränsad och det finns ofta en stor rädsla för att ett tillfrisknande ska leda till kraftiga och snabba viktökningar. Hos de allra flesta finns dock även en vilja att bli frisk och leva ett gott liv.

Ett möjligt sätt att komma runt en del av de hinder som finns är att erbjuda lättillgänglig specialistvård. Ett exempel på detta är olika typer av drop-in-verksamheter dit patienter kan söka sig utan att varken behöva en remiss eller stå på väntelista för bedömningssamtal och behandling. Om patienten kan söka vård i ett läge då denne känner sig motiverad och det kan ske på patientens eget initiativ och egna villkor skulle man möjligen fånga in fler personer i ett tidigare stadium i sjukdomsförloppet. Möjligen kan man på så sätt också minimera eller reducera de skam- och skuld känslor som ofta finns hos patienterna. Det första samtalet kan vara avgörande för om patienten väljer att påbörja behandling eller inte. Det blir därför viktigt att bemöta de personer som söker vård på ett respektfullt och icke-dömande sätt redan vid den allra första kontakten.

Eftersom ätstörningar kan vara svårbehandlade blir det desto viktigare att försöka få personer med ätstörningar i behandling så tidigt som möjligt. Mat är ett centralt inslag i vardagen och något vi ägnar mycket tid åt dagligen. De problematiska ätbeteendena blir av den anledningen ganska snabbt lite av en livsstil för ätstörningspatienter. Efter många år av sjukdom är dessa beteenden ofta ännu mer rigida och mer väletablerade. Genom att erbjuda vård på ett enkelt och lättillgängligt sätt, som skulle kunna ske i drop-in-verksamheter, kanske patienter kan komma i behandling både mer omgående och i ett tidigare skede av sjukdomsförloppet. En annan fördel med att patienter själva söker vård är att de förhoppningsvis då blir mer engagerade i och eventuellt tar ett större ansvar för sitt tillfrisknande.

Ätstörningar är allvarliga psykiatriska störningar som framförallt flickor i tonåren och unga vuxna kvinnor insjuknar i. Ätstörningarna delas vanligen in i tre olika kategorier; anorexia nervosa, bulimia nervosa och atypiska ätstörningar (ätstörningar UNS), som omfattar exempelvis hetsättningsstörning (Pohjola et al, 2010).

Många av dem som söker hjälp för ätstörningar passar inte in i de vanliga diagnoserna anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Det har därför skapats en diagnostisk restkategori som kallas ätstörning UNS (ätstörning utan närmare specifikation). En annan benämning som används för denna grupp av ätstörning är atypisk ätstörning eller subklinisk ätstörning. Det finns inga diagnostiska kriterier för ätstörning UNS, utan istället används diagnosen för de ätstörningar som är tillräckligt, kliniskt allvarliga men som inte passar in i diagnoskriterierna för anorexia nervosa

eller bulimia nervosa (Clinton & Norring, 2002).

*Beskrivning av ätstörningsdiagnoser enligt DSM IV-TR<sup>1</sup>*

*Anorexia nervosa.*

Anorexia nervosa karaktäriseras av: väldigt låg vikt och/eller utebliven viktökning trots att kroppen fortfarande växer (lägre än 85 % av den förväntade vikten i relation till personens ålder, kön och längd), intensiv rädsla inför viktökning eller att bli överviktig trots att personen är underviktig, amenorré hos menstruerande kvinnor (minst tre på varandra följande menstruationer), störd kropps- eller viktuppfattning som i vissa fall tar sig uttryck så att kroppens vikt eller form får ett överdrivet inflytande över individens självuppfattning alternativt leder till ett förnekande av allvaret i den låga vikten och dess konsekvenser (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR, 2002).

*Bulimia nervosa.*

Bulimia nervosa karaktäriseras av: återkommande episoder av hetsätning där personen antingen, under en avgränsad tid äter en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter, eller upplever sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden, återkommande kompensatoriskt beteende för att undvika viktökning, till exempel självframkallade kräkningar, fasta, överdriven motion etcetera, både hetsätandet samt det kompensatoriska beteendet förekommer i genomsnitt minst två gånger i veckan under minst tre månader, självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsform och vikt, störningen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR, 2002).

*Ätstörning utan närmare specifikation (UNS).*

Ätstörning UNS kan exempelvis vara: att alla kriterier för anorexia nervosa (för kvinnor) är uppfyllda förutom uteblivna menstruationer, att alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda men personens vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktminskning, att alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda bortsett från att hetsätandet och de kompensatoriska beteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader, att en normalviktigperson regelbundet ägnar sig åt kompensatoriska beteenden efter att ha ätit små mängder mat, en person som upprepade gånger tuggar samt spottar ut stora mängder mat utan att svälja ned dem (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR, 2002).

*Hetsätningstörning i DSM-V*

I den kommande *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* inkluderas troligen ytterligare en ätstörningsdiagnos, hetsätningstörning (Binge Eating Disorder). Hetsätningstörning karaktäriseras av återkommande episoder av hetsätning då personen under en avgränsad tid äter en väsentligen större portion mat än de flesta personer skulle äta under motsvarande omständigheter och tid. Dessutom upplever sig personen ha tappat kontrollen över ätandet under episoden och har svårt att sluta äta alternativt kontrollera vad och hur mycket man äter. Hetsätningsepisoderna är förknippade med minst tre av följande kännetecken: personen äter mycket snabbare än normalt, personen fortsätter äta tills en obehaglig mättnadskänsla uppnås, personen äter stora mängder mat trots avsaknad av fysisk hunger, personen äter ensam eftersom

---

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text revision, 2002.

denne känner sig förlägen över den stora mängden mat, personen känner sig mycket skuldtyngd, nedstämd eller äcklad av sig själv efter att ha hetsätit. Utöver detta ska personen för att uppfylla diagnoskriterierna vara tydligt plågad av hetsätandet, hetsätningen ska inte vara förknippad med regelmässig användning av olämpliga kompensatoriska beteenden och hetsätningen måste förekomma minst två dagar i veckan, i genomsnitt, under sex månader (Proposed Revision | APA DSM-5. Binge Eating Disorder, 2011).

### *Prevalens och incidens*

Utifrån DSM-IV-kriterierna är incidensen för anorexia nervosa, alltså antalet nya fall, hos unga kvinnor cirka 10-40 nya fall per 100 000 kvinnor och år (Clinton & Norring, 2002). Prevalensen för anorexia nervosa hos unga kvinnor uppskattas ligga mellan 0,2-0,4 procent. Det finns en rapporterad incidensökning för anorexia nervosa sedan 1930-talet, som dock är svår att bedöma huruvida den är reell eller ej. Många indikationer pekar snarare på jämna incidenssiffror mellan 1977-2002 (Clinton & Norring, 2002).

Prevalensen för bulimia nervosa för kvinnor i tonåren varierar mellan 1-2 procent. Bulimi förekommer mycket mera sällan bland män än bland kvinnor (Pohjolainen et. al, 2010). Incidensen gällande bulimia nervosa är osäker och varierar mellan 5 och 65 nya fall per 100 000 kvinnor och år. Bulimia nervosa inkluderades som diagnos i DSM-III-R först 1980 och av den anledningen finns det inte lika många epidemiologiska data kring denna diagnos, som det finns för anorexia nervosa. 2002 fanns en handfull studier för incidensen för bulimia nervosa. Utifrån studier som gjorts sedan 1980-talet kan man anta att incidensvariationen i mångt och mycket är beroende av identifikation, diagnostik och behandlingstraditioner. Trots att det finns färre studier på bulimia nervosa än för anorexia nervosa är både den vetenskapliga kvaliteten avsevärt bättre och dessutom är resultaten mer uniforma, vilket sannolikt ger större generaliserbarhet (Clinton & Norring, 2002).

Hoek och van Hoeken (2003) skriver att prevalensen estimeras till 0,3 procent för anorexia nervosa och 1 procent för bulimia nervosa för unga kvinnor i västra Europa och USA. Populationsbaserade studier uppger att mellan 0,7-3 procent av urvalet uppfyller kriterierna för hetsätningsstörning.

### *Sjukdomsdebut*

Medan anorexia nervosa oftast debuterar i tonåren, debuterar bulimia nervosa ofta senare och är mycket ovanligt vid 14 års ålder. Variationen är stor, men insjuknandet i bulimia nervosa sker oftast mellan 15 och 18 års ålder (Clinton & Norring, 2002).

### *Teorier om etiologi*

Precis som för de allra flesta psykiatriska störningar anses etiologin för ätstörningar vara multifaktoriell. Det finns ingen enskild etiologisk faktor som ensam kan förklara uppkomsten och utvecklingen av ätstörningen hos en individ. Huruvida en person utvecklar en ätstörning eller inte beror på individuell sårbarhet, i kombination med predisponerande biologiska eller andra faktorer, hur mycket man utsätts för specifika provocerande riskfaktorer samt tillgång till skyddsfaktorer. En kombination av risk- och skyddsfaktorer kan sedan vara avgörande för om störningen vidmakthålls och bestämma huruvida individen återhämtar sig eller inte (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

### *Genetiska faktorer.*

De flesta studier som gjorts på familjer har visat på att ätstörningar är ärftliga. I en stor familjestudie, där man studerat fall och matchat dessa med friska kontroller, visade det sig att systrar till personer med anorexia nervosa löpte 12,3 gånger större risk att få störningen än kontroller och för övriga kvinnliga släktingar var risken 11,3 gånger så stor. Kvinnliga förstegradssläktingar till personer med bulimia nervosa löpte 4,4 gånger så stor risk att drabbas, jämfört med kontroller. För övriga kvinnliga släktingar var risken 4,2 gånger så stor (Strober et al, 2000). Prevalensen för bulimi är även vanligare bland kvinnliga släktingar till personer med anorexi och vice versa. En tvillingstudie av anorexia nervosa uppskattade ärftligheten till 58 % (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

### *Fysiska riskfaktorer.*

Både fetma och medfödd/naturlig slankhet finns dokumenterat innan sjukdomens utbrott både bland personer som fått anorexi och bland dem som fått bulimi. Det finns bevis på att fetma såväl som naturlig smalhet leder till en benägenhet till ökat missnöje vad gäller kroppsuppfattning och ökad sannolikhet av bantningsbeteenden. Dessutom leder det till ett större granskande av sig själv med avseende på vikt. Tidig menstruationsdebut har länge ansetts utgöra en riskfaktor för ätstörningar genom en antagen koppling mellan fetma och missnöje kring kroppen (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004) (Stice, 2002).

### *Negativa livshändelser och svårigheter.*

Svåra livsstressorer har innefattats i etiologin för både anorexia nervosa och bulimia nervosa. Ungefär 70 % av alla fall triggas av allvarliga livshändelser eller svårigheter. Stressorerna finns vanligen i nära relationer inom familjen eller i relation till vänner. I en kontrollerad studie av anorexia nervosa bland ungdomar antydde att en enskild negativ livshändelse hade inträffat i ungefär en fjärdedel av fallen året innan störningens debut, vilket också var förenat med en god prognos. Sexuella övergrepp i barndomen har också diskuterats som en predisponerande faktor. Det finns dock inte några övertygande bevis för att sexuella övergrepp eller andra stressande livshändelser är specifika predisponerande faktorer för just ätstörningar utan det kanske snarare predicerar psykiska störningar i allmänhet (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

### *Familjefaktorer.*

Växande bevis från familjestudier tyder på en ökad grad av affektiva störningar bland första- och andrageradssläktingar till personer med både anorexia nervosa och bulimia nervosa. Risken är tre gånger så stor som hos släktingar till friska kontroller. Ett flertal familjestudier har visat på en högre grad av alkoholmissbruk bland förstegradssläktingar till bulimiker, men det är oklart om det gäller specifikt för ätstörningar eller om det gäller psykiatriska störningar i stort. En historia av substansmissbruk i familjen kan dock betraktas som en specifik riskfaktor för bulimia nervosa. Maniskt ätande inom familjen samt överdriven oro kring betydelsen av vikt och form har beskrivits hos familjemedlemmar till personer med ätstörningar och kan bidra till oro kring vikt och form hos känsliga ungdomar. Det finns även växande bevis på störningar i ätandet hos barn till mödrar med ätstörningar, men det är oklart om dessa barn kommer vara i riskzonen för anorexia nervosa eller bulimia nervosa under sina egna ungdomsår (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

### *Sociokulturella faktorer.*

Det finns en rad sociokulturella teorier som försöker förklara etiologin för ätstörningar. Dessa teorier innefattar exempelvis betydelsen av vikt och form för kvinnor i olika kulturer samt reklambranschens och andra mediers påverkan. I prospektiva studier har den upplevda pressen att vara smal predicerat starten av hetsätning, bulimiska symtom och en ökning av ätstörningar generellt (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

### *Personlighetsfaktorer.*

Perfektionism som personlighetsdrag har länge betraktats som en riskfaktor för ätstörningar då det möjligen främjar en evig strävan efter ett smalt ideal (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Perfektionism har visat sig vara en riskfaktor för anorexia nervosa då personlighetsdraget är väldigt vanligt bland undernärda patienter och verkar hålla i sig även då man varit frisk under en längre tid (Wonderlich, 2002). Impulskontrollproblem har länge sagts utgöra en riskfaktor för ätstörningar, eftersom det gör individen sårbar för episoder av okontrollerad hetsätning men det empiriska stödet för denna koppling är svagt (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

### *Vidmakthållandefaktorer*

En av de mest centrala vidmakthållandefaktorerna för ätstörningar är övervärderingen av vikt och form som resulterar i försök att kontrollera vikten och formen genom behärskning, bantande i olika former och i vissa fall svält. Hos vissa patienter, främst bulimiker, leder dessa beteenden till överätande eller hetsätning som en konsekvens av hunger eller att man bryter mot de regler man har upprättat och äter en liten mängd ”förbjuden” mat som då leder till hetsätning. Det uppstår en ond cirkel av att banta och hetsäta. Ofta börjar patienterna använda olika kompensatoriska beteenden för att bli av med matintaget och ångesten hetsätningen skapar. De kompensatoriska beteendena gör att hetsätandet känns mer outhärdligt än vad det är. De kompensatoriska beteendena vidmakthåller på så sätt hetsätandet och vidmakthålls av hetsätandet. För varje hetsätningsepisod blir personen mer fast besluten att gå ned i vikt och banta mer, eftersom hetsätandet ger en stark känsla av kontrollförlust. Men ju striktare dieten blir desto oftare kommer hetsätningsepisoderna och personen blir alltmer fokuserad på vikt och form och orolig för konsekvenserna av hetsätandet (Ghaderi, 2010).

Anorexipatienter faller ofta in i onda cirklar av att övervärdera vikt och form parallellt med ett kraftigt kontrollerat ätande. Strikt diet leder dessutom till psykologiska samt fysiologiska konsekvenser som ett resultat av den låga vikten, vilket i sin tur förstärker individens fokus på vikt och diet ytterligare (Ghaderi, 2010).

Ytterligare vidmakthållandefaktorer som bör adresseras i behandling är grundläggande låg självkänsla, klinisk perfektionism, interpersonella svårigheter och affektintolerans. Patienter som exempelvis har stora interpersonella svårigheter kan få svårt att fokusera på behandlingen om deras problem kring mat i stor utsträckning påverkas av negativa affekter som upplevs i nära relationer. Låg självkänsla är vanligt bland patienter med ätstörningar och är ofta sammankopplat med svårigheter att vara bestämd, stå på sig och uttrycka sina behov. Patienter med en grundläggande låg självkänsla rapporterar ofta att de inte känner sig värda behandling eller terapeutens engagemang för patienten. Dessutom känner de ofta att de inte förtjänar ett gott och värdigt liv. Av den anledningen kan de inte se vad poängen med att engagera sig i behandlingen är och på så sätt uteblir en snabb förändring som skulle kunna förstärka patientens ökade

engagemang och hopp, vilket skulle kunna bidra till att de anstränger sig ännu mer för att övervinna sin ätstörning (Ghaderi, 2010).

I en metaanalys av Stice (2002) där risker och vidmakthållandefaktorer för ätstörningar undersöktes fastslogs att ett internaliserat ”smal”-ideal, kroppsmisshälsa och perfektionism är vidmakthållandefaktorer för bulimi och att negativ affekt är en kausal vidmakthållande faktor för hetsätning (Stice, 2002).

#### *Evidensbaserade behandlingar för ätstörningar*

Det har gjorts stora framsteg gällande utveckling och utvärdering av evidensbaserade psykologiska behandlingsmetoder för ätstörningar de senaste 25 åren. Kognitiv beteendeterapi är i nuläget den rekommenderade behandlingsmetoden för bulimia nervosa och hetsätningsstörning. Det finns, i nuläget, evidens, som stödjer en specifik typ av familjeterapi för unga med anorexia nervosa. Även de mest effektiva interventionerna för bulimi och hetsätningsstörning misslyckas dock med att hjälpa en betydande del av patienterna och det finns således kvar viktiga utmaningar att ta sig an. En prioritering som måste göras är att försöka utvidga och anpassa dessa behandlingsmodeller till ytterligare grupper såsom patienter med ätstörning UNS, ungdomar som förbisetts i klinisk forskning och kroniska, behandlingsresistenta fall av anorexia nervosa (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

#### *Anorexia nervosa.*

Familjeterapi är den behandling vilken det gjorts betydligt flest studier på vad gäller anorexia nervosa och utgör mer än hälften av alla randomiserade kontrollerade behandlingsstudier som finns på anorexi. Den bäst studerade metoden är en specifik typ av familjeterapi som kallas för Maudsleymodellen och går ut på att alla familjemedlemmar träffas tillsammans 10-20 sessioner. Föräldrarna tränas inledningsvis i att ta full kontroll över anorexipatientens matintag och vikt. Allteftersom barnet börjar rätta sig efter föräldrarnas regler minskas den yttre kontrollen (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). Vilka de verksamma faktorerna i familjeterapi är återstår att undersöka närmare. Enligt Dare och Eisler (2002) finns det växande empiriska bevis emot att den huvudsakliga etiologiska faktorn för ätstörningar är familjerelaterad, men evidensen ökar för vikten att involvera familjen i behandlingen.

The National Institute for Clinical Excellence – NICE (2004) i Storbritannien står bakom den mest omfattande och rigorösa utvärderingen av den tillgängliga evidensen för behandling av ätstörningar. De olika behandlingsmetoderna graderas enligt skalan A-C, där evidensgrad A innebär att metoden har utvärderats och visat sig ha starka empiriska data och evidensgrad C innebär att metoden rekommenderas av experter men saknar starka empiriska data. Enligt NICE bör yngre anorexipatienter erbjudas familjeinterventioner som direkt adresserar ätstörningen, dock inte nödvändigtvis istället för individualterapi. Denna behandling fick evidensgrad B, samtidigt som alla andra rekommenderade behandlingar bedömdes ha evidensgrad C (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den mest beforskade individuella behandlingen för anorexia nervosa. Behandlingsmodellen har mycket gemensamt med KBT för bulimi, då dessa störningar har vissa kärnkännetecken gemensamt. Många strategier inkluderas i båda behandlingarna med vissa viktiga skillnader där man i behandling av anorexia nervosa lägger stor vikt vid motivationsproblem, problem kopplade till semisvälttillstånd samt behovet av en betydande

viktuppgång. Det läggs även stor vikt vid att förhöja motivationen till förändring och vid att göra patienter till engagerade och aktiva samarbetspartners. Man rekommenderar 1-2 års individualbehandling (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

Sammanfattningsvis kan sägas att det är en stor utmaning att identifiera evidensbaserade behandlingar för anorexia nervosa. Få jämförelsestudier har gjorts, resultaten är motsägelsefulla och forskningen visar, i bästa fall, på blygsamma fördelar. Varken familjeterapi, beteendeterapi, KBT, interpersonell psykoterapi eller olika typer av dynamisk och stödjande terapi har visat på några större framgångar i mer etablerade fall av anorexia nervosa. De problem som finns bland de studier som gjorts behöver adresseras för att kunna studera och behandla anorexia nervosa mer effektivt. Yngre personer verkar svara bättre på behandling och kortare interventioner verkar effektiva. Enligt NICE riktlinjer bör de flesta anorexipatienterna vårdas i öppenvård med psykologiska metoder. Sjukhusinläggning bör endast övervägas då det finns påtagliga medicinska risker eller då det finns en verklig suicidrisk eller då patienten inte förbättrats trots psykoterapeutisk behandling (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

#### *Bulimia nervosa.*

Manualbaserad kognitiv beteendeterapi är den mest beforskade evidensbaserade behandlingen för bulimia nervosa. Interpersonell psykoterapi har också fått empiriskt stöd i forskningen. De allra flesta bulimipatienter kan behandlas i öppenvård, sjukhusinläggning eller dagvårdsbehandling behövs endast i sällsynta undantagsfall, då det föreligger en reell risk för suicid eller självskada. Behandlingen består av kognitiva och beteendemässiga komponenter som tagits fram för att öka förändringsbenägenheten, ersätta dysfunktionella dieter med ett regelbundet och flexibelt ätmönster, minska den överdrivna oron över kroppsform och vikt samt förhindra återfall. Behandlingen ges ofta som individualterapi i 16 till 20 sessioner, men behandlingen har även varit framgångsrik i gruppformat. Enligt NICE riktlinjer har manualbehandlingen den starkaste evidensgraden (A), och är den främsta rekommenderade behandlingen, (treatment of choice-TOC). KBT har visats vara mer effektivt och lättare att ta till sig för patienter än till exempel antidepressiv medicinering, särskilt vad gäller att få patienter att upphöra med hetsätning och användande av utrensande metoder (till exempel laxerande). Behandlingen reducerar graden av allmänna psykiatriska symtom och förbättrar självkänsla och socialt fungerande hos patienterna. (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007) Behandlingen resulterar också i en klar förbättring hos mellan en tredjedel till hälften av patienterna. För dessa patienter är tillfrisknandet både fullständigt och ihållande över tid (Pohjolainen et. al, 2010).

Interpersonell psykoterapi, som ursprungligen utvecklades som en kort och strukturerad terapi för depression, har prövats för att behandla bulimia nervosa. Tonvikten ligger primärt på att hjälpa patienten att identifiera och förändra aktuella interpersonella problem som man tänker vidmakthåller åtstörningen. Behandlingen är varken styrande eller tolkande och fokuserar heller inte direkt på åtstörningssymtom. Behandlingen har getts evidensgrad B, enligt NICE riktlinjer, och de rekommenderar att man överväger det som ett alternativ till KBT. Både IPT och manualbaserad KBT har visat sig mer effektiva än en mer avskalad beteendeterapi (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

Trots att det finns psykologiska behandlingar med evidens för effekt för bulimipatienter är resultaten för de, i nuläget, bästa behandlingsmetoderna begränsat. För alltför många patienter uteblir tillräcklig förbättring. Dessa behöver ännu effektivare behandling. Ännu en utmaning är

att öka tillgängligheten till dessa behandlingar i kliniska verksamheter. Samtidig antidepressiv medicinering är inte mer effektiv än enbart KBT, men en kombinerad behandling kan vara effektivt för komorbida tillstånd som exempelvis depression (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

#### *Ätstörning UNS.*

Ätstörning UNS är en vagt specificerad och heterogen diagnostisk kategori. De ätstörningar som ingår i denna kategori är primärt variationer av bulimia nervosa och anorexia nervosa eller ”blandade” störningar med drag av både bulimi och anorexi. Dessa ätstörningar är de vanligaste bland de ätstörningar vårdpersonal stöter på i klinisk verksamhet och är ofta kliniskt lika allvarliga som anorexi och bulimi. Det finns inga publicerade kontrollerade behandlingsstudier av dessa störningar, bortsett från studier gällande prevalens och klinisk svårighetsgrad, men de existerande evidensbaserade behandlingar som finns verkar möjliga att applicera även på denna patientgrupp (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

#### *Hetsättningsstörning.*

I jämförelse med bulimia nervosa har relativt få välkontrollerade studier gjorts med avseende på behandling av hetsättningsstörning. Generellt sett är manualstyrd kognitiv beteendeterapi den mest studerade och hittills den behandling som fått mest stöd gällande hetsättningsstörning. Det finns en del empiriskt stöd för andra specialiserade psykologiska behandlingar som interpersonell psykoterapi och dialektisk beteendeterapi och ett visst empiriskt stöd för beteendearterad viktminskningsbehandling. Studier har också visat att vissa läkemedel är effektiva i behandlingen av tillståndet, även om den kliniska signifikansen i dessa fynd är osäker (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

I kognitiv beteendeterapi för hetsättningsstörning har man behållit det mesta av modellen och strukturen i KBT, även om det finns ökande kunskap om att det ohälsosamma och kaotiska ätandet hos hetsättningspatienter är mycket mindre restriktivt än hos bulimipatienter och att fetma är ett vanligt förekommande samtida problem. Enligt NICE riktlinjer är kognitiv beteendeterapi den rekommenderade behandlingen, med den starkaste evidensgraden (A), vilket innebär stark empirisk evidens. Behandlingsstudier har visat betydande minskningar gällande hetsätning och de flesta relaterade problem som exempelvis depression och psykosocial funktionsnivå. Detta gäller dock inte för viktnedgång (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

Både interpersonell psykoterapi och dialektisk beteendeterapi har visat sig lovande som behandling för hetsättningsstörning. Båda har, enligt NICE, evidensgrad B. Det finns i nuläget inget stöd för alternativa psykologiska eller icke-styrande typer av terapi. Patienter kan också, enligt NICE, rekommenderas att testa evidensbaserade KBT-självhjälpsprogram (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

#### *Behandlingsutfall*

De samlade resultaten från studier med långtidsuppföljning indikerar att nästintill hälften av alla patienter med anorexia nervosa så småningom tillfrisknar fullständigt, 20-30 % har kvarvarande symtom, 10-20 % fortsätter vara allvarligt sjuka och 5-10 % dör av relaterade orsaker (Steinhausen, 2002). Patienternas ambivalenta inställning till tillfrisknande försvårar möjligheten att göra behandlingsstudier, eftersom det är svårt att rekrytera undersökningsdeltagare, förhindra avhopp och försäkra sig om deltagande i uppföljningsbedömningar (Agras et. al., 2004).

För bulimia nervosa uppskattas att 31-74 % når remission med tiden, men remissionen är ofta snabb och flyktig och återfall är vanligt. Kognitiv beteendeterapi eliminerar oftast hetsätning och olika typer av utrensande beteende i 30-50 % av fallen. Bland de resterande patienterna visar många förbättring, medan andra avbryter behandlingen i förtid eller svarar inte på behandlingen alls. De områden som förbättrats under terapin vidmakthålls relativt väl vid ettårsuppföljning (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

Kognitiv beteendeterapi för hetsätningsstörning kopplas generellt ihop med en hög grad fullgjorda behandlingar, cirka 80 % tvärsöver olika metoder. I 50 % av fallen upphör hetsätningen och många visar på stor förbättring med avseende på nedstämdhet och social funktionsförmåga (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

En viktig uppgift för forskningen att avgöra är huruvida dessa ansatser kan appliceras på patienter med ätstörning UNS. En annan stor utmaning är att hitta effektivare behandlingar för anorexia nervosa och vidare utforska de psykobiologiska mekanismer som ligger bakom uppkomst och vidmakthållande av ätstörningar samt identifiera medierande faktorer för terapeutisk effekt (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

Ett av de främsta skälen till dåliga behandlingsresultat är svårigheter att få patienten att engagera sig i behandlingen, vilket ofta beror på brist på konsensus gällande vad problemet är, om det överhuvudtaget finns ett problem, hur problemet har utvecklats, hur det vidmakthålls samt hur problemen bäst adresseras. Under sådana förhållanden betraktar terapeuten ofta patienten som omotiverad. Brist på motivation är vanligt förekommande och väldokumenterat bland patienter med anorexia nervosa. Motivation definieras och mäts dock på en rad olika sätt och om kliniker kan definiera och operationalisera motivation på ett mer preciserat sätt kan man kanske komma runt de svårigheter som ofta betraktas som motivationsbrist på ett mer effektivt sätt (Ghaderi, 2010).

Ett vanligt skäl till dålig behandlingseffekt är de likheter som finns mellan tidigare icke-framgångsrika behandlingar eller patientens egna försök att övervinna ätstörningen och de behandlingsstrategier som används i den aktuella behandlingen, till exempel föreslagna hemuppgifter. Bulimipatienter har ofta erfarenhet av att registrera matintag och rapporterar ofta försök att på egen hand äta mer regelbundet för att bemästra hetsätningsepisoder. Om terapeuten inte förklarar hur registreringar i behandlingen skiljer sig från vad patienten gjort tidigare och lyckas få patienten att se funktionen i detta och meningsfulla skillnader från vad denna tidigare gjort finns det en risk att patienten slarvar med detta eller enbart gör det för terapeutens skull. Det är därför viktigt att terapeuten har god insikt i vad patienten provat innan behandlingen, vad de har för förväntningar och vad de har för erfarenheter av olika metoder och strategier i tidigare behandling (Ghaderi, 2010).

#### *Ambivalens och motivationsproblem*

Förnekande och motstånd till förändring är kännetecknen hos de flesta patienter med anorexia nervosa. Symtomen är till stor del förankrade i ens identitet och kan därför leda till felaktiga självskattningar, undvikande av behandling, svårigheter vad gäller att etablera en terapeutisk relation och hög grad av bortfall från behandling och återfall. Patienter som har bulimi är vanligtvis mer motiverade att förbättras än anorexipatienter. De är dock ambivalenta inför att ge upp slankhetsidealet och de funktioner hetsätningen fyller för patienten. Få försök har gjorts för

att uppskatta graden av förnekandet och motståndet i ätstörningsproblematiken, eller undersöka alternativa strategier för att öka motivation till förändring. Det är viktigt att kliniker skapar sig en förståelse för hur det är att ha en ätstörning, kan relatera till deras ångest över att gå upp i vikt och ha förståelse för vilka svårigheter det innebär att göra en förändring. För att engagera omotiverade ätstörningspatienter i terapi är det viktigt att kliniker inkluderar psykoedukation, kartläggning av fördelar och nackdelar med olika aspekter av sjukdomen, alternativa copingstrategier samt ett utforskande av patientens värderingar (Vitousek, Watson & Wilson, 1998).

Det är ovanligt att individer med anorexia frivilligt söker hjälp. Vanligen söker de sig till vården efter påtryckningar från närstående. De som frivilligt söker vård gör detta för att få hjälp med upptagenhet vid mat, depression eller ångest, snarare än på grund av den låga kroppsvikten. De är även påverkade av negativa faktorer så som en oro för de risker sjukdomen medför, snarare än en önskan om att bli frisk. För personer med anorexia är förnekelse en vanlig del av sjukdomsbilden, vilket gör att individen har svårt att kännas vid symtom som illamående, oro, undervikt, hunger, trötthet, rädsla för viktuppgång samt specifika beteenden så som rutiner kring mat och dieter och missbruk av laxeringsmedel (Vitousek, Watson & Wilson, 1998).

I ett tidigt skede av sjukdomsutvecklingen av anorexi kan de flesta identifiera sig med sina symtom och försvara dem från påtryckningar från omgivningen. Efter att sjukdomen fortgått och individen har tvingats kämpa mot sin sjukdom, förändras ofta synen på de egna problemen och individen upplever snarare hjälplöshet och en rädsla för förändring. Varje stadium av sjukdomen präglas antagligen av en viss grad av ambivalens. Den kan vara kopplad till behandlingsmålen i sig, det slitsamma arbetet som krävs för att uppnå målen och de negativa konsekvenser som uppstår. Att vara smal verkar inte ge det självförtroende och den emotionella stabilitet anorektiker förväntar sig. Men istället för att stanna upp och utvärdera hur de påverkas av viktnedgången, håller anorektiker ofta fast vid tron att dessa positiva känslor kommer om man bara lyckas gå ned ytterligare några kilo i vikt. De mår, trots allt, bättre när de går ner i vikt och sämre vid viktuppgång. För individer med anorexia nervosa är det svårt att förstå hur kampen för att bli smal är orsaken till den ångest de känner då all deras erfarenhet säger att viktnedgång är lösningen på det lidande de upplever (Vitousek, Watson & Wilson, 1998).

Individer med bulimi är ambivalenta inför möjligheten till förändring i de fall de betraktar sina symtom som en bedrift. Hetsätning och laxeringsmetoder leder för bulimiker till flertalet positiva och negativa förstärkare som de är ovilliga att ge upp. Ambivalens hanteras bättre genom direkta erfarenheter, snarare än genom abstraktion. Trots den osäkerhet patienten upplever krävs det att hon eller han i slutändan möter och gör de saker som är skrämmande. Hos individer med anorexi tillämpas ofta den generella principen om att tanken på och bilden av en förändring är mer ångestskapande än verkligheten då den faktiska viktuppgången inte upplevs lika jobbig som tanken på detta (Vitousek, Watson & Wilson, 1998).

#### *Livskvalitet och hälsoekonomi*

Bulimipatienters upplevda hälsorelaterade livskvalitet (enligt formuläret health-related quality of life HRQoL), är allvarligt försämrade i jämförelse med populationen, då hänsyn tagits till både kön och ålder. Trots en kliniskt viktig förbättring i livskvalitet efter sex månaders behandling, var den rapporterade livskvaliteten fortfarande försämrade. Detta överensstämmer med tidigare forskningsresultat (Engel, Adir, Las Hayas & Abraham, 2009). Bulimipatienternas skattade

livskvalitet låg i nivå med betydligt äldre patienter som lider av kroniska tillstånd, så som stroke, hjärt-kärlsjukdomar etcetera. I jämförelse med andra psykiatriska störningar var bulimipatienternas upplevda livskvalitet sämre än äldre patienters (45-49 år) som led av depression, alkoholberoende eller paniksyndrom (Saarni et. al, 2007). Bulimipatienternas rapporterade livskvalitet låg i nivå med patienter som led av dystymi, ångestsyndrom, agorafobi eller generaliserat ångestsyndrom, men var högre än patienter som var inlagda på grund av depression. Sammanfattningsvis kan konstateras att den upplevda och rapporterade livskvaliteten hos ätstörningspatienter är väldigt låg i jämförelse med många andra sjukdomstillstånd. Hälsoekonomiska studier på behandling av ätstörningar har pekat på att kostnaderna för att behandla bulimia nervosa överstiger kostnaderna för behandling av tvångssyndrom, men de ligger dock lägre än kostnaderna för behandling av schizofreni (Pohjolainen et. al, 2010).

*Hur kan drop-in som modell för organisering av ätstörningsbehandling tänkas komplettera den nuvarande ätstörningsvården?*

Specialistvård för patienter med ätstörningar bedrivs både i landstingens regi samt av privata aktörer. Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ), Capio Anorexi Center och Mandometer är exempel på några av de största specialistkliniker för ätstörningar som finns i Sverige. Det är många som söker sig till dessa vårdgivare och de är av den anledningen hårt belastade. Eftersom trycket är hårt prioriteras ofta de patienter som har störst behov av hälso- och sjukvård. Barn och personer med allvarliga svälttillstånd ges ofta förtur, vilket gör att patienter med lägre prioritet, exempelvis patienter med bulimi utan somatiska komplikationer eller vuxna patienter med mångåriga ätstörningar, ofta hamnar på väntelista. Dessa väntelistor varierar på olika orter i landet, men ligger ofta kring 1-3 månader. Dessa kliniker erbjuder egenanmälan, men många patienter som söker hjälp för ätstörningar blir remitterade från exempelvis läkare på vårdcentraler och får därigenom vänta längre på specialiserad vård (Mando. 2011; Stockholms Centrum för Ätstörningar, 2011; Capio Anorexi Center, 2011.).

Genom att erbjuda patienter med ätstörningar att komma drop-in då de söker behandling för sin problematik ges möjlighet att ta emot dessa patienter i ett läge då de kanske är som mest motiverade. En eventuell fördel med denna lättillgänglighet är att man förhindrar att motivationen hos patienterna försämras under tiden mellan remissgångar och väntelistor. Eftersom ambivalensen redan är stor hos dessa patienter skulle vården kunna organiseras på ett sätt som reducerar eventuella avgörande hinder på vägen, till exempel remisser och väntetider. Dessutom skulle man på så sätt även förmedla att patienten inte behöver vänta med att söka vård till dess att det fysiska tillståndet är kritiskt.

Många patienter med ätstörningar väntar länge med att söka vård och när de väl kommer i behandling är sjukdomen ofta väletablerad och har kanske blivit lite av en livsstil och copingstrategi. Beteendena kring mat är då ofta starkt inlärda och har under sjukdomens lopp även gett en del vinster för individen som denne ogärna avstår från. Sjukdomsbilden kompliceras ytterligare av känslor som skuld och skam samt stigmatisering i omgivningen.

Eftersom ätstörningar är svåra att behandla och den behandling som finns bara hjälper en del av patienterna är det viktigt att försöka fånga upp problemen i ett tidigt stadium, för att reducera det enorma lidandet som ätstörningar ger upphov till. Idag prioriteras dock ofta de som är allra sjukast och som ofta även är de som är svårast att behandla. Av den anledningen kan tänkas att vården ”missar” patienter med begynnande eller mindre etablerade ätstörningar.

En annan möjlig fördel med drop-in-verksamheter är att de kan erbjuda individanpassade behandlingar, eftersom de bygger på att patienten själv väljer att prova på eller engagera sig i de aktiviteter som passar individen bäst. Detta skulle, i bästa fall, även kunna tänkas öka patientens engagemang, motivation och eget ansvarstagande för tillfrisknandet.

#### *Forskning på drop-in-verksamheter*

Det finns inga mottagningar som bedriver drop-in-verksamhet för patienter med ätstörningar i Sverige, bortsett från den mottagning som undersöks i denna studie. Det finns således ingen forskning gjord inom detta område nationellt. Även internationellt sett verkar konceptet unikt. Det finns dock forskning på olika typer av drop-in-verksamheter för andra typer av problem och målgrupper, framförallt socialt utsatta grupper.

#### *Fördelar med drop-in-verksamheter.*

Det finns många olika typer av drop-in-center, där den främsta gemensamma nämnaren är att de syftar till att erbjuda socialt stöd. En del offentligt bedrivna dagcentra erbjuder idag olika typer av drop-in-verksamhet, men de flesta drop-in-centra drivs av frivilligorganisationer. Detta möjliggör ett mer flexibelt arbetssätt där insatserna kan anpassas efter brukarnas uttryckta behov och önsningar, så som att erbjuda stöd utanför ordinarie arbetstid (Hall & Cheston, 2002).

På ett drop-in-center i Storbritannien gjordes en kvalitativ utvärdering där personer med olika psykiska sjukdomar intervjuades. Intervjuerna genererade olika teman så som avvisande och en känsla av att vara annorlunda och utanför på grund av psykisk sjukdom. Drop-in-centret fyllde flera funktioner för undersökningsdeltagarna. Centret fungerade främst som en plats där personerna fick tillgång till avskildhet från både ”normala” personer och rådande normer i samhället. Utöver det erbjöds ett alternativt socialt sammanhang, där deltagarna kunde känna gruppstillhörighet samt där andra värdegrunder skulle kunna tillämpas, vilket tillät dem att bevara en positiv identitet (Hall & Cheston, 2002).

#### *Tillgänglighet- ett sätt att öka behandlingsintensitet.*

I en studie av Hesse och Pedersen undersöktes *effectiveness* av psykosocialt stöd i behandlingen av substansberoende genom att jämföra psykosocialt stöd med utökat psykosocialt stöd. Utökat socialt stöd innehöll intensiv ärendehantering och tillgång till personal på drop-in-centra. I den gruppen som enbart fick psykosocialt stöd organiserades behandlingen kring planerade stödsamtalssessioner, medan det utökade psykosociala stödet organiserades kring öppen tillgänglighet till personalen på drop-in-centra (Hesse & Pedersen, 2007).

Resultaten visade vid granskningen av ärendena att personerna som fått utökat psykosocialt stöd hade fått fler behandlingstillfällen och hade en högre närvaro vid planerade sessioner i jämförelse med dem som enbart fått psykosocialt stöd. Behandlingsintensiteten var högre hos personerna som fått utökat psykosocialt stöd och de hade högre kontaktfrekvens per behandlingsvecka i jämförelse med den andra gruppen. De som fått utökat psykosocialt stöd hade även en lägre frekvens uteblivna planerade sessioner per behandlingsvecka än personerna i den andra gruppen. Antalet planerade behandlingssessioner skilde sig inte signifikant mellan de olika betingelserna, även om de var färre i gruppen som fått utökat psykosocialt stöd. Båda betingelserna ledde till minskat substansbruk och minskade juridiska problem, men utökat psykosocialt stöd minskade mer effektivt sociala problem, familjeproblem samt svårighetsgraden av psykiatrisk problematik.

Minskade psykiatriska och sociala problem kopplades till frånvaron av uteblivna sessioner (Hesse & Pedersen, 2007).

Patienterna följdes upp vid 18 månader efter avslutad behandling och ärendena granskades och resultaten visade att den sociala och psykiatriska förbättringen var större i gruppen som fått utökat psykosocialt stöd. Behandlingsmönstret överensstämde således med det tänkta lättillgängliga upplägget i den utökade psykosociala stödgruppen på så sätt att det ledde till mer behandlingsaktivitet som inte var planerade behandlingssessioner. Det primära utfallskriteriet definierades som förbättring inom minst ett område; fysiskt, psykiatriskt eller socialt. Kriteriet uppfylldes i signifikant större utsträckning i gruppen som fick utökat psykosocialt stöd än i gruppen som enbart fick psykosocialt stöd (Hesse & Pedersen, 2007).

Uteblivna behandlingssessioner är slöseri på behandlingsresurser och resulterar möjligen i att patienten känner skam- och skuld känslor. Dessutom kan det minska personalens engagemang vad gäller behandlingen. Sammanfattningsvis visar studien på behovet av lättillgängliga verksamheter för denna patientgrupp (Hesse & Pedersen, 2007).

#### *Betydelsen av bemötandet.*

En utvärdering av ett drop-in-program för hemlösa kvinnor i San Francisco, USA gjordes för att undersöka programmets fördelar och utmaningar och för att kunna bemöta de behov som fanns hos dessa kvinnor på bästa sätt. Drop-in-programmet var öppet för alla kvinnor och var resursstarkt. Utvärderingen visade att det resursstarka upplägget vad gäller stöd och tillgång till förnödenheter så som mat, hygienartiklar och remiss till metadonavgiftning, var en av kärnspetserna till programmets framgång. Sammanfattningsvis var det ett värdefullt och effektivt drop-in-program som mötte de komplexa behov som fanns hos de hemlösa kvinnorna (Magee & Huriaux, 2007).

Drop-in-programmet gav signifikanta fördelar för deltagarna vilka sammanfattades i olika huvudteman. Dels framkom att hjälpen riktade sig till deltagarnas olika behov och erbjöd en ”något för alla-atmosfär”, dels var tillgången till olika sorters hjälp på ett och samma ställe främjande för kontinuitet och gemenskap i kvinnornas liv. Kvinnorna kom till drop-in-programmet ”som de var” och de behövde inte avhålla sig från substansbruk eller delta i stödgrupper för att få tillträde till den hjälp programmet erbjöd (Magee & Huriaux, 2007).

Den säkerhet som kvinnorna upplevde i drop-in-programmet var ett framträdande tema. Kvinnorna beskrev att drop-in-programmet erbjöd en säker och accepterande miljö då deras liv utanför programmet präglades av våld, drogmissbruk, trauman, diskriminering och problem med relationer, familj och hälsa. Utvärderingen visade även på värdet av programmet vad gällde socialt stöd. Många kvinnor levde väldigt isolerade utanför programmet och data visade hur viktigt programmets sociala nätverk var för kvinnornas behov av tillhörighet (Magee & Huriaux, 2007).

Programmet stöttade även kvinnornas utveckling av självkänsla och självbestämmande, genom att de uppmuntrade och värderade kvinnornas kreativitet och självförverkligande. Även om utvärderingen inte mätte några direkta beteendeförändringar framkom det att programmet främjade förändringar i deltagarnas liv. Genom att kvinnorna kände sig uppskattade, kunde de föreställa sig ett annorlunda liv och göra positiva förändringar (Magee & Huriaux, 2007).

I en studie som undersökte psykologisk inverkan av gatuprostitution och faktorer som påverkar hjälpsökande, intervjuades kvinnor som säljer sex och som sökt sig till en drop-in-verksamhet. Deltagarna beskrev hur deras arbete inverkade negativt på deras självuppfattning. Flera av kvinnorna var självkritiska och beskrev en bristande självrespekt. Det verkade som att de internaliserat negativa budskap från personer i omgivningen, professionella och i vissa fall inom privata relationer eller från barndomen. Stigma och dömande attityder verkade påverka kvinnornas emotionella reaktioner i relation till sitt arbete. Kvinnorna berättade om skilda erfarenheter av professionellt stöd. De professionella som deltog tenderade att arbeta tätt med kvinnorna och var empatiska. De var medvetna om stigmatiseringen kvinnorna upplevt tidigare på vissa hjälpinstanser och var inställda på att erbjuda en bättre upplevelse (Gorry, Roen, Reilly, 2010).

Kvinnorna beskrev det varierade stöd som fanns tillgängligt för att hjälpa dem byta eller hantera sin livsstil, men det fanns en ambivalens inför tillträdet till eller utnyttjandet av hela utbudet av stöd och hjälp. Vårdarbetarna adresserade den bristande tillit som försvårade försöken att få kvinnorna att delta och ta emot det stöd och den hjälp som erbjöds. En annan sak som framkom i studien var att timingen för olika hjälpinsatser eller interventioner var avgörande. I flera fall berättade kvinnorna om negativa erfarenheter av bemötande från olika vårdgivare där de känt sig övertalade in i behandling eller att de känt att de svikit sina vårdkontakter i de fall de inte känt sig redo för behandling, exempelvis terapi. Detta var ett dilemma för vårdpersonalen. Många av kvinnorna uppgav att det var då de befunnit sig i en fas då de velat gå vidare som professionell hjälp var avgörande (Gorry, Roen, Reilly, 2010).

#### *Vikten av lättillgänglig behandling i god tid.*

I en artikel av Tolan och Dodge (2005) föreslås fyra åtgärder för att adressera patienters behov av vård för psykisk ohälsa. Bland annat argumenterar författarna för att den psykiatriska vården måste organiseras på så sätt att de patienter som har påtagliga/betydande psykiska problem och därmed medföljande funktionsnedsättningar bör få tillgång till effektiv behandling. De menar på att det både måste satsas resurser på att öka tillgängligheten till vård och samordna vården samt förse dessa patienter med effektiv och lämplig behandling för psykiska störningar. Vidare menar de att personer som uppvisar prodromalsymtom behöver få tillgång till effektiva och evidensbaserade preventiva interventioner. Eftersom det finns alltmer bevis för vikten och effekten av tidiga interventioner och förebyggande åtgärder borde dessa insatser vara regelbundna, integrerade och vara grundläggande komponenter i den psykiatriska vården. Behovet av hjälp bland olika personer varierar mycket bland olika familjer men är totalt sett stort. Evidensen visar att det finns en hög förekomst av psykiska störningar, att man missar många psykiska problem då man bara tar hänsyn till ”disorder rates”, att tillgängligheten till vård av god kvalitet är begränsad, att det finns betydande skillnader vad gäller tillgång till vård och att kostnaderna för att inte adressera individens mentala hälsa är stora (Tolan & Dodge, 2005).

Vidare menar de att behoven inte ”möts” med adekvata insatser. Endast en tredjedel av alla unga med psykiska störningar får vård. Vårdenheterna är svårtillgängliga för många familjer som har behov av dem och den vård som är tillgänglig matchar inte alltid behovet av hjälp. Enligt uppskattningar kan specialiserade vårdgivare endast tillgodose hjälpbehovet hos cirka 10 % av alla unga med psykiska problem. Specialister fokuserar också ofta på personer med de tydligaste och allvarligaste symtomen. Vården är många gånger också mindre tillgänglig i områden som har

högst prevalens av mental ohälsa bland unga, vilket ofta är i områden med många etniska minoriteter och låg inkomst. Man har visat att preventiva och befrämjande insatser leder till minskade omkostnader inom området för psykisk ohälsa och effektiva interventioner som sätts in tidigt för att stödja och modifiera riskfaktorer kan därför ge verkligt stora ekonomiska vinster (Tolan & Dodge, 2005).

Patienter och deras familjer bör ha tillgång till lämplig och effektiv psykiatrisk vård direkt. För att individer ska få lättillgänglig hjälp behöver den stigmatisering det innebär att få psykiatrisk vård överbryggas. Alltför ofta ges personer psykiatrisk vård på ett otrevligt sätt där patienter blir dåligt bemötta och bedrivs ofta på platser som kan vara svåra att ta sig till för klienterna. Istället skulle vården kunna erbjudas i exempelvis primärvården och skolor, vilket då skulle öka tillgängligheten. Vårdgivare skulle också behöva bli mer familjecentrerade i sitt behandlingsarbete. Allt som oftast gör behandlaren en behandlingsplan utifrån en diagnos utan att ta hänsyn till andra system i patientens och familjens liv som eventuellt påverkar vårdplaneringen. Om familjen då motsätter sig planen eller misslyckas med att fullfölja den drar behandlaren ofta slutsatsen att familjen var omotiverad eller misslyckades av någon annan anledning (Tolan & Dodge, 2005).

#### *Verksamhetsbeskrivning av Dala ABC*

Uppsatsen bygger på ett samarbete med verksamheten Dala ABC som ligger i Falun i Dalarna. Mottagningen är landstingsdriven och tar emot vuxna patienter med ätstörningar. Tanken med mottagningen är att samla kompetens inom ätstörningar under ett tak och på så sätt erbjuda patienter specialiserad vård som patienter kan söka både genom att kontakta mottagningen direkt eller genom remiss. Ett sätt att själv, som patient, kontakta mottagningen är genom deras drop-in-verksamhet. Denna typ av kontakt i behandling av patienter med ätstörningar är unik för den här mottagningen, vilket föranleder en utvärdering (Dala ABC, Landstinget Dalarna, 2010).

Mottagningen/verksamheten Dala ABC lyder under Dalarnas landsting och ligger organisatoriskt sett under den allmänpsykiatriska slutenvården i Dalarna även om mottagningen är en öppenvårdsverksamhet. Dala ABC är en länsövergripande öppenvårdsmottagning samt en dagvårdsverksamhet som erbjuder behandling till personer med ätstörningar. Mottagningen samarbetar med barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatrins olika verksamheter i Dalarnas län. Vårdtiderna är väldigt varierande och sträcker sig från ett eller ett fåtal samtal till längre och tätare kontakter över flera månader (Dala ABC, Landstinget Dalarna, 2010).

#### *Bakgrund till mottagningen.*

Dalarna har tidigare inte haft någon sammanhållen verksamhet för vuxna med ätstörningar. Barn- och ungdomspsykiatri utvecklade för några år sedan en specialistenhet, Tornet, dit personer med ätstörningar kunde vända sig upp till 18 års ålder. Personer över 18 år med ätstörningar, som ännu inte tillfrisknat, överfördes från Tornet till öppenvårdspsykiatri i Dalarnas län. I de fall öppenvården eller allmänpsykiatriska slutenvårdsavdelningen 60 inte lyckades hjälpa patienten köpte Dalarnas landsting tjänsten i ett annat landsting eller av privata vårdgivare. Eftersom detta medförde mycket stora kostnader som man ville undvika beslutades att dessa kostnader kunde finansiera en specialistmottagning i länet istället, vilket blev Dala ABC (Dala ABC, Landstinget Dalarna, 2010).

Det har under flera år pågått ett förarbete för att starta upp verksamheten. Det bildades ett "ät nätverk" inom psykiatrin som aktivt arbetade med att utforma ett vårdprogram för ätstörningspatienter. Detta vårdprogram blev så småningom ett utvecklingsprogram och ledde sen fram till att Landstinget Dalarna startade ett kunskapscenter för ätstörningar i Falun- Dala ABC. Mottagningen invigdes i maj 2010 och verksamheten är fortfarande under uppbyggnad. Grunden i verksamheten har varit patienternas behov samtidigt som det har varit viktigt att tillvarata den kunskapsbas som medarbetarnas erfarenheter och utbildningskompetens utgör (Dala ABC, Landstinget Dalarna, 2010).

#### *Vad innebär drop- in?*

Drop-in-verksamheten kan delas in i tre olika delar. Den första delen avser möjligheten för patienter att söka sig till mottagningen utan att behöva remiss eller boka tid. Patienten har möjlighet att tre till fyra dagar i veckan komma till mottagningen oanmält för ett anonymt första samtal utan att bli journalförd.

Utöver detta erbjuder mottagningen öppna grupper som patienter och anhöriga kan komma och delta i kostnadsfritt och utan att anmäla sig i förväg. Ett exempel på detta är de kunskapsträffar som anordnas på veckobasis och behandlar olika teman som oro och ångest, självbild, självkänsla och självförtroende, relationer och ätstörningar med mera. Slutligen erbjuder mottagningen patienter att komma och "vara" på mottagningen då de har behov av extra stöd, sällskap eller behöver komma ifrån sin vardag en stund, då det är som allra svårast.

#### *Syfte med mottagningen.*

Dala ABC ska ge "god vård" genom ett gott bemötande, god tillgänglighet och ett samarbete med de personer som är viktiga för individen och behandlingen. Dala ABC ska utforma vården efter patientens behov, ge evidensbaserad behandling samt aktivt ta del av utvecklingsarbetet inom området regionalt, nationellt och internationellt. Verksamheten ska erbjuda utredning och behandling både i öppenvård och i dagvård (Dala ABC, Landstinget Dalarna, 2010).

#### *Målsättning.*

Verksamhetens målsättning är att ge behandling, stöd och hjälp till personer med ätstörningar, för att möjliggöra ett tillfrisknande för individen (Dala ABC, Landstinget Dalarna, 2010).

#### *Personalen.*

I dagsläget arbetar åtta personer på mottagningen på heltid. Utöver detta har tre personer uppdrag på begränsad tid inom verksamheten. Ytterligare två personer är på väg att anställas. Bland de anställda finns en socionom, en psykolog, fyra sjuksköterskor, en enhetschef och en läkarsekreterare. Utöver detta har mottagningen tillgång till en läkare några timmar i veckan. Personalen får utbildning en gång i månaden och har handledning en halv dag varannan vecka. Dessutom utbildas och handleds dem av en dietist en gång varje månad (Dala ABC, Landstinget Dalarna, 2010).

De som arbetar på mottagningen har olika teoretisk bakgrund, bland annat kognitiv beteende terapi och psykodynamisk terapi. De har även handledning av en person med schematerapeutisk inriktning. När en patient blir inskriven på mottagningen får de en egen vårdkontakt som de träffar kontinuerligt. Utöver detta kan patienten delta i olika grupper (Dala ABC, Landstinget Dalarna, 2010).

### *Vad erbjuds?*

Dala ABC lägger stor vikt vid gott bemötande och att anpassa vården efter patientens behov. Verksamheten erbjuder utredning och behandling i öppenvård och dagvård, individualterapi, olika former av gruppverksamhet till exempel samtalsgrupper, yoga, röstträning, bildterapi, mamma-barngrupp och så vidare. Mottagningen erbjuder också stöd till anhöriga och information och utbildning för personer som möter ätstörningsproblematik i sitt arbete (Dala ABC, Landstinget Dalarna, 2010).

### *Patientgruppen.*

Upptagningsområdet är Dalarnas län och alla som söker hjälp för en egen uttalad ätstörningsproblematik som uppfyller diagnoskriterierna för någon ätstörningsdiagnos har möjlighet att få hjälp på Dala ABC. De enda patienter som exkluderas är personer som inte har någon ätstörning eller som har en god kontakt med en annan verksamhet som Dala ABC istället då kan samarbeta med. Patienter kan exempelvis delta i gruppverksamheten på Dala ABC och samtidigt ha en individuell terapikontakt någon annanstans. Än så länge finns inget maxantal vad gäller patienter, eftersom de har möjlighet att erbjuda patienterna drop-in och öppna gruppverksamheter. Ett första bedömningsamtal erbjuds inom en till fyra veckor, men under tiden har patienten möjlighet att delta i öppna grupper (Dala ABC, Landstinget Dalarna, 2010).

### *Parallella vårdkontakter.*

I verksamhetens uppdrag ingår att samarbeta med andra verksamheter. Om en patient har en kontakt på någon annan mottagning ordnas ofta ett möte för planering av samarbetet. Dala ABC samarbetar även med en allmänpsykiatrisk avdelning (avdelning 60) för inläggande patienter. Detta innebär att Dala ABC kontaktar avdelning 60 för inläggning om en patient som behandlas på mottagningen blir så sjuk att denna behöver heldygnsvård, till exempel om patienten blir suicidal, självskadar eller får ett alltför lågt Body Mass Index (BMI) (Dala ABC, Landstinget Dalarna, 2010).

### *Organisering av drop-in-verksamheten/jouren.*

Dala ABC erbjuder patienter att komma drop-in tisdag, onsdag, torsdag mellan klockan 9 och 15. Dessutom erbjuder de drop-in på fredagsförmiddagarna i mån av tid. Samtliga medarbetare förutom läkarsekreteraren ingår i drop-in-/jourgruppen och har ensamt ansvar för denna en halvdag i veckan. Den ansvarige tar emot patienter som kommer drop-in, har hand om telefonrådgivningen och tar hand om de patienter som kommer till mottagningen bara för att ”vara” (Dala ABC, Landstinget Dalarna, 2010).

### *Syfte*

Syftet var att undersöka eventuella för- och nackdelar med drop-in-verksamhet för patienter med ätstörningar. Uppsatsen syftade vidare till att undersöka patienters upplevelser av drop-in-verksamheten allmänt samt närmare belysa patienternas upplevelser av bemötande, huruvida denna verksamhetsform, enligt patienterna, kan öka benägenheten att söka behandling för ätstörningar, delta i och ta eget ansvar för behandlingen och på så sätt främja behandlingsprocessen. Vidare syftar den till att undersöka patienternas upplevelse av tidigare vårdkontakter för att jämföra dem med upplevelsen av drop-in-verksamheten.

## Metod

### *Urval och Undersökningsdeltagare*

De inklusionskriterier som användes i rekryteringen av respondenterna var att de vid intervjutillfället var pågående patienter på Dala ABC och att de sökt sig till mottagningen via deras drop-in-verksamhet. Samtliga hade en ätstörningsdiagnos och hade vid intervjutillfället varit inskrivna på mottagningen minst en månad. Patienter som kommit till mottagningen via remiss eller egenanmälan exkluderades. Samtliga respondenter var kvinnor i åldrarna 19-34 år. Elva intervjuer och två pilotintervjuer genomfördes och respondenterna hade någon av diagnoserna anorexia nervosa, bulimi nervosa och ätstörning UNS. Patienterna som intervjuades hade, vid intervjutillfället, haft sin ätstörningsproblematik 3- 25 år.

För att rekrytera deltagare till intervjuerna skickades ett informationsbrev (bilaga 1) ut till alla aktiva patienter på Dala ABC där syftet och formatet för intervjuerna beskrevs. De som var intresserade av att delta fick sedan anmäla sitt intresse hos personalen på Dala ABC. De blev därefter uppringda av enhetschefen på mottagningen som bokade in tid för intervjun. Vissa patienter blev tillfrågade på mottagningen, av sina behandlare, om de var intresserade av att delta i studien. Dessa kunde då anmäla intresse direkt och därmed få ta del av informationsbrevet på mottagningen.

Innan intervjuerna påbörjades fick respondenterna muntlig information samt fick skriva under ett informerat samtycke (bilaga 2). Respondenterna informerades om syftet med uppsatsen och intervjuerna samt om att deras deltagande var frivilligt och att de hade rätt att avbryta närhelst och om de ville. De informerades sedan om konfidentialitet, att allt material skulle raderas efter att data sammanställts samt att samtliga informanter avidentifieras i uppsatsen.

### *Kvantitativ beskrivning av Dala ABC:s patientverksamhet*

För att sätta den kvalitativa analysen i ett närmare sammanhang ges en allmän beskrivning av Dala ABC:s patientgrupp genom en kvantitativ presentation av patientgruppen på mottagningen. Detta avser samtliga patienter som varit inskrivna på mottagningen fram till och med december 2010.

Dala ABC:s patientgrupp (n= 106) kunde kartläggas enligt fem variabler; diagnos, status, sökväg, tidigare vård samt kön (Tabell 1). Patientgruppen bestod i huvudsak av kvinnor (92,5 %). Fördelning av diagnoserna i patientgruppen var anorexia nervosa: 17,9 %, bulimia nervosa: 12,3 % och ätstörning UNS: 69,8 %. Majoriteten av patienterna (73,6 %) hade inte kommit till Dala ABC via drop-in utan via remiss eller egenanmälan. För variabeln status var det 60,4 % som vid datainsamlingen var aktiva på mottagningen, 10,4 % som avslutats, 4,7 % som hoppat av samt 24,5 % där en behandlingskontakt ej hade påbörjats överhuvudtaget. Andelen patienter som inte fått tidigare vård för sin ätstörning var 55,7 %, 34,9 % hade haft tidigare vårdkontakter och 9,4 % där det inte fanns någon information rörande tidigare vårdkontakter.

Tabell 1. Antal patienter (i procent) per kategori för variablerna diagnos, status, sökväg, tidigare vårdkontakter samt kön.

Kön	%	Diagnos	%	Sökväg	%	Status	%	Tidigare vårdkontakter	%
Man	7,5	Anorexia nervosa	17,9	Drop-in	26,4	Aktiv	60,4	Ja	34,9
Kvinna	92,5	Bulimia nervosa	12,3	Ej drop-in	73,6	Avslutad	10,4	Nej	55,7
		Ätstörning UNS	69,8			Avhopp	4,7	Vet ej	9,4
						Ej påbörjad	24,5		

Medelåldern hos patientgruppen på Dala ABC var 26,4 år med standardavvikelsen 7,6 år och samtliga patienter befann sig inom åldersspannet 16-50 år. Sjukdomsdurationen varierade mellan 0,5-31 år med ett medelvärde på 9,7 år samt standardavvikelsen 7,9 år (Tabell 2).

Tabell 2. Minimum, maximum, medelvärden och standardavvikelser för ålder och duration.

	Minimum	Maximum	Medelvärde	Standardavvikelse
Ålder	16	50	26,4	7,6
Duration	0,5	31	9,7	7,9

Ett  $\chi^2$ -test gjordes för att undersöka sambandet mellan sökväg och diagnos. Resultaten var icke-signifikanta,  $\chi^2_4 = 5,2$   $p=0,27$ . Tre av de förväntade frekvenserna var mindre eller lika med 5, vilket innebär att resultatet av  $\chi^2$ -testet inte är tillförlitligt (Tabell 3).

Tabell 3. Antal patienter för vardera diagnos som kommit till Dala ABC via drop-in eller via remiss/egenanmälan.

Sökväg		Diagnos				
		Anorexi	Bulimi	UNS	Annan	Okänd
Ej drop-in (remiss/egenanmälan)	Antal	15	10	53	7	5
	Förväntat antal	13,3	9,1	51,6	10,5	5,6
Drop-in	Antal	4	3	21	8	3
	Förväntat antal	5,7	3,9	22,4	4,5	2,4

Vidare gjordes ett t-test för oberoende mätningar. Det visade inte på någon signifikant skillnad i ålder mellan patienter som kommit via drop-in och patienter som kommit via remiss/egenanmälan,  $t_{103}=0,41$   $p=0,68$  (medelålder för drop-in-patienter=25,9 sd=7,4 medelålder ej drop-in=26,6 sd=7,7).

Ett t-test för oberoende mätningar visade inte på någon signifikant skillnad i sjukdomsduration (antal år) mellan drop-in-patienter och patienter som kommit via remiss/egenanmälan,  $t_{88}=0,90$   $p=0,22$  (genomsnittsduration för drop-in-patienter= 8,4 sd=6,7 genomsnittsduration ej drop-in=10,2 sd=8,2).

### *Material*

En intervjuguide (bilaga 3) utformades till intervjuerna och användes som grund för strukturen vid intervjutillfällena. Intervjuguiden inleddes med en fråga kring patienternas problembild för att sedan fokusera på varför respondentens valt att söka sig till Dala ABC. Efter det fokuserade intervjuguiden på tre huvudområden kring kontakten med mottagningen. Det första området rörde frågor kring respondenternas första kontakt med mottagningen. Efter det följde frågor rörande upplevelsen av drop-in-verksamhetens olika delar och slutligen behandlades frågor kring tidigare vårderfarenheter och hur de skiljer sig från kontakten med Dala ABC.

### *Procedur och datainsamling*

Som ett första steg i datainsamlingen genomfördes två pilotintervjuer med patienter som, vid intervjutillfällena, varit inskrivna på Dala ABC i minst en månad. För dessa intervjuer rekryterades respondenterna av personalen på Dala ABC. Respondenterna tillfrågades om de var intresserade av att delta och fick därefter läsa igenom informationsbrevet samt skriva under ett informerat samtycke.

Dessa intervjuer gjordes med syfte att testa intervjuguiden och kontrollera att frågorna var lättförståeliga och relevanta, samt träna på intervjuteknik enligt format för kvalitativa forskningsintervjuer (Hayes, 2000). Intervjuerna genomfördes av två personer i Dala ABC:s lokaler och tog cirka 60 minuter. Under den första delen av pilotintervjuerna följdes intervjuguiden och under den andra delen tillfrågades respondenterna om deras upplevelse av intervjuguiden, intervjusituationen samt om den information som gavs i början av intervjun.

Intervjuguiden reviderades sedan i enlighet med det som framkom under pilotintervjuerna. Intervjuguiden kortades ned för att öka intervjuarens följsamhet till respondenternas svar. De frågor som genererade mer kvantitativa svar togs bort. Pilotintervjuerna användes inte som en del av resultatet i uppsatsen.

Resultatet baserades på 11 semistrukturerade djupintervjuer med patienter på mottagningen. Intervjuerna genomfördes vid två separata tillfällen. Vid första tillfället intervjuades fem respondenter och två veckor senare intervjuades ytterligare sex personer. Intervjuerna genomfördes på Dala ABC och pågick i 40-60 minuter. Intervjuerna spelades in på ljudfiler för att möjliggöra transkribering och ordagranna analyser, eftersom de tematiska analyserna gjordes av två andra personer än intervjuaren. Efter att intervjuerna transkriberats och analyserats raderades ljudfilerna.

För den kvantitativa beskrivningen var de data som fanns att tillgå begränsade. De variabler som

det fanns data på var enbart ålder, kön, diagnos, duration, sökväg, status samt tidigare vårdkontakter. De variabler, med tillhörande svarsalternativ, som kunde beskrivas var således:

- Ålder
- Kön
- Diagnos (anorexia nervosa, bulimia nervosa, ätstörning UNS, annan, okänd)
- Sjukdomsduration (i antal år)
- Sökväg (drop-in, ej drop-in)
- Tidigare vårdkontakter för ätstörning (ja, nej, vet ej)
- Status på mottagningen (aktiv, avslutad, avhopp, ej påbörjad)

Under kategorin diagnos finns fem svarsalternativ. De första tre, anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning UNS innebär att patienten fått en av dessa diagnoser. Kategorin ”annan” innebär att individen inte fått en ätstörningsdiagnos, och därför inte kommer få behandling på mottagningen utan remitteras vidare till annan instans. Det sista alternativet, ”okänd”, innefattar individer som avslutat kontakten innan diagnos har ställts eller patienter som endast kontaktat mottagningen vid ett tillfälle men sedan valt att inte fortsätta kontakten. Kategorin sökväg delas in i två underkategorier, ”drop-in” och ”ej drop-in”. Till den förstnämnda kategorin klassas patienter som sökt sig till mottagningen genom dess drop-in-verksamhet och till kategorin ”ej drop-in” indelas patienter som sökt till mottagningen genom remiss eller egenanmälan. Gällande variabeln status på mottagningen innebär svarsalternativet ”aktiv” att patienten fortfarande är i behandling på mottagningen, ”avslutad” betyder att klienten och behandlaren tillsammans beslutat att klienten är redo att avsluta behandling eller behandlingen avslutas av annan anledning på behandlarens initiativ, ”avhopp” innebär att klienten själv valt att avsluta kontakten med mottagningen och ”ej påbörjad” innebär att individen sökt sig till mottagningen men sedan valt att inte påbörja någon kontakt.

För att samla in data till den kvantitativa kartläggningen sammanställdes först information som mottagningen samlat i en datafil som en del av en egen verksamhetsbeskrivning. Denna sammanställning innehöll vissa relevanta variabler, så som kön, diagnos, sökväg. Som ett nästa steg skrevs ett formulär med ytterligare variabler som var av intresse för studien och som det fanns tillgång till, som tidigare vårdkontakt, status på mottagningen och sjukdomsduration. Formuläret delades sedan ut till de enskilda berörda behandlarna. Varje behandlare sammanställde sedan data om patienterna ur journalerna utifrån dessa variabler. Sjukdomsduration fanns dock bara dokumenterat på 90 av 129 patienter, men behölls ändå som en variabel eftersom det ger en bredare bild av patientgruppen.

### *Analysmetod*

I enlighet med studiens deskriptiva och undersökande syfte användes en kvalitativ ansats. För datainsamlingen användes semistrukturerade intervjuer eftersom det skapar en möjlighet att ta del av respondenternas livsvärld och deras personliga erfarenheter på ett djupgående sätt. (Kvale, 1997) För att beskriva patientgruppen på mottagningen valdes en kvantitativ ansats eftersom det ger möjlighet att presentera deskriptiva data och även undersöka eventuella skillnader mellan patienter som kommit drop-in och via remiss samt egenanmälan (Hayes, 2000).

### *Kvalitativa data.*

Intervjuerna bearbetades utifrån Hayes (2000) beskrivning av induktiv tematisk analys. Att göra tematisk analys innebär att man sorterar in data i teman. Med teman menas återkommande ämnen som finns i materialet och som finns på mer än en plats. Det första steget av bearbetningen av materialet var att genomföra en lodrät analys, vilket innebär att varje separat intervju läses igenom i sin helhet och parallellt med det sorteras nyckelord, relaterade till syftet, ut. Nästa steg var att sortera in de nyckelord som behandlade samma ämnesområde i preliminära teman. Vidare utforskades varje enskilt tema med syfte att ge det ett preliminärt namn och definition. Efter det gjordes en vågrät analys, tvärs över alla intervjuer. I detta steg valdes ett tema ut i taget och sedan lästes alla intervjuer igenom igen för att undersöka om detta tema fanns på ytterligare platser i materialet. Det gjordes för att undersöka om det fanns ytterligare nyckelord i någon av intervjuerna som kunde klassificeras som en del av de preliminära temana. Detta gjordes på samtliga teman, vilket innebär att materialet lästes igenom lika många gånger som antalet teman som framkommit. Det sista steget i den tematiska analysen var att skapa en slutgiltig benämning och definition av varje enskilt tema. För att illustrera varje tema sammanfattades dess betydelse, vilket också förtydligades genom citat från intervjuerna. (Hayes, 2000)

### *Kvantitativa data.*

De kvantitativa data matades in SPSS Statistics 19.0 för statistisk analys. Först genomfördes en frekvensanalys för att ge deskriptiva data på patientgruppen för variablerna: ålder, kön, status, diagnos och tidigare behandling. Därefter gjordes Chi-två-test för att undersöka om det fanns en signifikant samband mellan patienternas sökväg och diagnos. Oberoende t-test användes för att undersöka om det fanns signifikanta skillnader i ålder och duration beroende på sökväg (drop-in eller ej drop-in). Det totala antalet undersökningsdeltagare var från början 129 personer. Dessa reducerades sedan till 106 personer, då diagnoskategorierna ”annan” och ”okänd” plockades bort, eftersom dessa inte ger någon information om ätstörningspatienter.

### *Uppdelning av kvalitativt analysarbete*

Det kvalitativa analysarbetet genomfördes av tre personer, Linn Almlöf (LA), Moa Manneberg (MM) och Sofia Lindström (SL). En person (SL) genomförde samtliga 11 intervjuer. Dessa transkriberades sedan av de två andra uppsatsförfattarna (MM, LA). Den första tematiska analysen gjordes enskilt av en person som inte genomförde intervjuerna (MM). Därefter gjordes en andra analys av materialet av en person (LA) som inte fått ta del av den första analysen eller genomfört intervjuerna. Detta upplägg valdes för att öka objektiviteten och därmed validiteten i resultaten samt generaliserbarheten av dem. Genom att analysera materialet två gånger, oberoende av varandra, gavs möjlighet att se huruvida slutsatserna i analyserna överensstämde. Fortsättningsvis sammanfattades likheter och skillnader (SL) mellan de två analyserna. Analysarbetet baserades då inte längre på de transkriberade intervjuerna, utan endast på analys 1 och 2. Dessa slutsatser diskuterades sedan och utvecklades tillsammans med MM och LA. Analys 1 och analys 2 sammanställdes sedan gemensamt i en slutlig, integrerad analys av samtliga uppsatsförfattare (SL, MM, LA). Den integrerade analysen genomfördes som ett sätt att fördjupa de första två analyserna och kombinera de teman som framkommit samt skapa nya teman för att ge bredd och djup till resultatet.

### *Resultatpresentation*

Analysen redovisas i fyra steg som presenteras nedan. Citat från intervjuerna som illustrerar de teman som framträtt inkluderas i den integrerade analysen. Analys 1 och 2 presenteras i sin helhet i bilagorna 4 och 5.

#### Steg 1: Sammanfattning av analys 1

En sammanfattning av de sju teman som framkom i den första analysen. Analys 1 återfinns i sin helhet i bilaga 4.

#### Steg 2: Sammanfattning av analys 2

En sammanfattning av de tio teman som framkom i den andra analysen. Analys 2 återfinns i sin helhet i bilaga 5.

#### Steg 3: Kartläggning av likheter och skillnader

Sammanställning av likheter och skillnader mellan den första och den andra analysen.

#### Steg 4: Integrerad analys av teman

En integrerad analys som kombinerar de teman som återfanns i den första och den andra analysen och genom detta presenterar nya teman som belyses med citat från respondenterna.

I resultatet används begreppen respondent, patient, informant samt intervjuperson synonymt. För att skydda respondenternas anonymitet används genomgående plural för att beskriva fenomenen. När respondenterna har använt namn eller annan information som kan användas för att identifiera individer har dessa plockats bort från citaten och tre punkter har istället använts. I de fall respondenterna återsyftar till något som beskrivits tidigare i ett stycke, förtydligas detta genom att det utelämnade ordet skrivs inom parantes.

### *Etiska överväganden*

Studien har utformats med hänsyn till de forskningsetiska principer som tagits fram av Vetenskapsrådets ämnesråd för humaniora och samhällsvetenskap (Vetenskapsrådet, 2002). De fyra huvudkraven i riktlinjerna inkluderar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Deltagarna informerades både skriftligt och muntligt om uppsatsens syfte och *deras eget deltagande/förhållningsregler*. Samtliga respondenter skrev under ett informerat samtycke. Konfidentialiteten har säkrats genom att alla identifierande uppgifter har tagits bort från materialet och alla ljudfiler har raderats efter transkribering. I enlighet med nyttjandekravet försäkras att det material som samlats in inte kommer användas i annat syfte än för forskning.

## Resultat

### *Steg 1: Analys 1*

#### *Ambivalens- rädsla.*

Respondenterna beskrev en känsla av ambivalens, vilket ofta tog sig uttryck i en konflikt mellan viljan att bli frisk och rädslan för vad ett tillfrisknande skulle innebära för individen. Vissa respondenter beskrev det som att det finns en trygghet i att vara sjuk eftersom det är ett liv man känner till. Ofta finns dock också en längtan att bli av med sin sjukdom och förbättra sin livskvalitet. Ambivalensen påverkar även motivationen till att söka hjälp och ta tag i problemen

eftersom man upplever en osäkerhet kring vad det skulle innebära och vilka förluster det skulle medföra på kort sikt.

*Normaliserande.*

I intervjuerna framkom att många av patienterna upplever sig ha ett stort behov av att träffa andra personer i liknande situationer, då det minskar känslan av att vara ensam i sin situation med de svårigheter man har. En viktig uppgift för mottagningen, som beskrevs under intervjuerna, är att skapa en miljö där man som patient inte får en stämpel som konstig eller annorlunda. Drop-in-verksamheten möjliggör för patienterna att komma till mottagningen och umgås samt prata med andra patienter vid sidan av den individuella behandlingen, både om svårigheter men även om vardagliga saker som inte är relaterade till själva ätstörningen. Detta bidrar till att patienternas problem och livssituation blir avdramatiserade och normaliserade, vilket beskrivs som viktigt. Ytterligare något som verkar normaliserande och som framkom i intervjuerna var möjligheten att kunna komma till mottagningen utan remiss, eftersom det minskar känslan av att vara patient i en sjukhusmiljö.

*Att ta steget och våga söka hjälp.*

Respondenterna beskrev att de, som patienter, ofta är rädda för att inte bli tagna på allvar eller för att de ska betraktas som alltför ”friska” och av den anledningen bli avvisade då de söker hjälp. Denna rädsla gör att steget att söka hjälp blir stort. En del patienter berättade om tidigare invaliderande vårderfarenheter då de sökt hjälp och blivit avvisade. I intervjuerna framkom att det är viktigt att bli väl bemött och få hjälp direkt när man söker vård, eftersom det minskar risken för att motivationen sjunker under väntetiden. Att ha möjlighet att komma till mottagningen och få vara anonym och utan att behöva föränmäla sig beskrevs också som något som underlättade hjälpsökandet.

*Välkomnande och öppenhet.*

Under intervjuerna betonades hur viktigt bemötandet på mottagningen har varit. Att känna sig välkommen oavsett sjukdomsgrad och dagsform underlättar för patienterna under de särskilt svåra dagarna och bidrar till motivationen att stanna kvar på mottagningen och fortsätta med behandlingen även när det är som svårast. Många av patienterna betonar vikten av att uppleva att man alltid har sin plats på mottagningen och att man är välkommen dit då man har behov av det. Det skapar en känsla av att man är värd den vård man får, vilket är viktigt eftersom många patienter lätt upplever sig vara en belastning för omgivningen.

*Att få hjälp när man behöver det.*

Det som skiljer Dala ABC från patienternas tidigare vårderfarenheter är möjligheten att komma till mottagningen även när man inte har en avtalad tid. För patienter i behandling är det många gånger tiden mellan sessionerna som är mest svårhanterlig. Patienterna beskrev det som att de upplever en trygghet i vetskapen att de kan vända sig till mottagningen när de behöver det. Även möjligheten att få komma tillbaka till mottagningen efter avslutad behandling, om det skulle behövas, upplevs som en trygghet och minskar oron inför framtida bakslag. En annan viktig skillnad från andra mottagningar är att patienterna har möjlighet att stanna kvar på mottagningen efter terapisessioner och ”samla sig” istället för att behöva åka hem medan man är mitt uppe i någonting svårt. Vetskapen om att mottagningen tar emot en om man har behov av extra stöd kan bidra till minskad oro hemma för patienterna.

*Eget ansvar och på egna villkor.*

Flera respondenter framhöll hur drop-in-verksamheten och de öppna grupperna ger en känsla av att behandlingen anpassas efter deras egna behov och önskemål. Patienternas möjlighet att fritt välja bland de aktiviteter mottagningen erbjuder, som ett komplement till den individuella terapin, gör att patienterna känner sig mer delaktiga i behandlingen och sitt tillfrisknande, samtidigt som det ger träning i att ta eget ansvar för sitt mående. Detta upplägg gör att patienterna upplever att man på mottagningen ser dem som olika individer med varierade behov istället för en del av en patientgrupp där alla erbjuds en och samma behandling. Ett viktigt inslag som en del av respondenterna återkom till är möjligheten att komma en första gång till mottagningen för att få information och sedan själv bestämma hur kontakten med mottagningen ska se ut i fortsättningen.

*Tillgänglighetens för- och nackdelar.*

Att mottagningen är så tillgänglig för patienterna upplevs för det mesta som positivt, men det medför också en del problem. Flertalet patienter beskrev att det känns tryggt att kunna vända sig till mottagningen när man har behov av det. Eftersom en del av grupperna är öppna ger det även möjlighet att träffa olika deltagare från gång till gång, vilket ger en variation i diskussionerna och möjlighet att träffa fler patienter i liknande situation. Detta medför dock även vissa problem då det ibland kommer väldigt många deltagare till grupperna och det kan kännas trångt i lokalerna, vilket kan göra att man som patient känner att man är i vägen eller inte blir sedd. Att inte veta vilka som kommer närvara innebär också en osäkerhet för patienterna, vilket kan leda till att vissa patienter väljer att inte gå till mottagningen eller delta i de öppna grupperna.

*Steg 2: Analys 2*

*Ambivalens.*

Respondenterna beskrev att det ofta finns en stor ambivalens inför att söka och ta emot hjälp. Många gånger pendlar patienterna mellan två lägen, där de å ena sidan vill ha hjälp och å andra inte upplever sig vara i behov av det. Sjukdomsinsikten varierar och många har svårt att se allvaret i sina problem, medan andra är väl medvetna om att de skulle behöva hjälp men hindras av en rädsla för vad ett tillfrisknande skulle innebära. Möjligheten att komma till mottagningen drop-in kan reducera en del av ambivalensen och har för en del patienter en direkt påverkan på sökbenägenheten, på så sätt att det gör steget att söka vård mindre. Det upplevdes mycket positivt att det var så enkelt att komma i kontakt med mottagningen och att det dessutom inte fanns någon väntelista när man väl beslutat sig för att söka hjälp.

*Vara anonym.*

Möjligheten att få vara anonym vid den första kontakten med mottagningen är något som framhölls som mycket positivt av vissa patienter. Att få komma dit, se sig omkring, träffa personalen utan att behöva "lämna ut" sig själv och sen känna efter var viktigt. Det finns ofta skamkänslor hos patienterna vilket gör det svårt att be om hjälp. Anonymiteten kan reducera dessa skamkänslor eftersom kontakten sker på patientens villkor.

*Att bli sedd.*

Patienterna beskrev hur viktigt det är att känna sig välkommen då man slutligen bestämt sig för att söka hjälp. Man behöver bli sedd och bekräftad för den man är och inte känna att man är till besvär eller i vägen. Det är också viktigt att känna att det är tillåtet att ta plats, att man blir tagen

på allvar och att någon verkligen lyssnar på en, eftersom många har tidigare erfarenheter av det motsatta.

#### *Hoppfullhet.*

En del av intervjurespondenterna beskrev att de kände en viss hoppfullhet efter att de kommit till mottagningen via drop-in-verksamheten. De bemöttes med en inställning hos personalen att en förändring är möjlig, vilket väckte ett hopp om att bli frisk och att få leva ett gott liv utan att vara styrd och begränsad av sin sjukdom.

#### *Normalisera.*

Något som respondenterna betonade som en viktig del i bemötandet var att man på mottagningen blivit betraktad som en person med ett problem, snarare än ett problem i sig. Många patienter har erfarenhet av att känna sig udda och till besvär för sin omgivning, vilket bidrar till känslor av skam. Det är därför viktigt att normalisera problemen redan vid första kontakten med patienterna.

#### *På egna villkor.*

En viktig faktor som framkom i intervjuerna var upplevelsen av frivillighet. Att själv få vara med och bestämma vilka delar av verksamheten man vill ta del av påverkar motivationen och patienternas engagemang gällande tillfrisknandet. Ytterligare en viktig del i detta är att man som patient får ta ansvar för sig själv, sin sjukdom och sin behandling. Även upplevelsen att man är i behandling av fri vilja, snarare än för att man måste, kan motivera patienterna och reducera ambivalensen. Att istället uppleva tvång och maktlöshet skapar ofta negativa och hämmande känslor som olust och motstånd.

#### *Tillgänglighet/öppen mottagning.*

Respondenterna beskrev hur den tillgänglighet, som är en stor del av drop-in-verksamheten, varit värdefull för individernas tillfrisknande. Det ger en möjlighet att spendera tid på mottagningen utanför de egna samtalen och skapar ett forum för att samtala med personal eller andra patienter. Att ha tillgång till mottagningen när man behöver det är extra värdefullt under de perioder som präglas av hög ångest, då patienterna tycker det är svårt att vara hemma. En negativ aspekt av att mottagningen är tillgänglig för alla är att det är svårt att veta hur många som kommer vara på mottagningen och att det ibland kan vara många personer i lokalerna.

#### *Öppna grupper/dela erfarenheter och upplevelser.*

I intervjuerna beskrevs hur respondenterna ofta känner sig ensamma i sin sjukdom och att möjligheten att delta i de öppna grupperna skapar ett forum att träffa andra i liknande situation, ta del av deras erfarenheter och känna samhörighet. De öppna grupperna baseras på frivillighet och man kan välja själv hur mycket man vill dela med sig av sina egna erfarenheter, vilket upplevs som positivt. Det kan dock upplevas som jobbigt att lyssna på andra patienters berättelser, eftersom det kan trigga negativa tankar hos en själv.

#### *Vetskap om att hjälp finns att få/trygghet.*

Mottagningens tillgänglighet och möjligheten att komma dit när man vill och bara vara framhålls som en positiv sak. Denna vetskap kan till och med minska behovet av stöd, eftersom det ger respondenterna en trygghet och ett alternativ till att vara hemma. Ytterligare en aspekt av den trygghet som drop-in-verksamheten skapar är vetskapen om att hjälp finns att få om man faller

tillbaka i gamla mönster och skulle behöva professionell hjälp igen. Det kan reducera oron kring vad man som före detta patient kan göra om man börjar må sämre igen.

#### *Platsa/värd vård?*

I intervjuerna beskrev en del av patienterna att de upplevt en stark osäkerhet kring huruvida de är värda att få vård och om man är ”tillräckligt” sjuk för att kunna få hjälp. Möjligheten att komma till mottagningen via drop-in och inte bedömas efter enbart vikt eller BMI-värde, kan minska denna oro, eftersom det signalerar att alla är välkomna och värda att få hjälp.

#### *Steg 3: Likheter och skillnader mellan analys 1 och analys 2*

Det fanns många likheter mellan analys 1 och 2 och huvudsakligen var de teman som framträdde samstämmiga. Även ett fåtal skillnader framträdde.

#### *Ambivalens/rädsla (analys 1) – ambivalens (analys 2).*

Dessa teman handlar båda två om att många patienter ofta pendlar mellan viljan att bli friska å ena sidan och rädslan för vad det skulle innebära å andra sidan. Båda analyserna betonar patienternas tveksamhet inför att söka behandling och att det kan kännas som en stor ansträngning att söka vård för sin ätstörning. I den andra analysen betonas dock att patienterna många gånger har svårt att se allvaret i sin sjukdom och anser sig inte alltid vara i behov av vård, vilket skiljer sig från temat i analys 1 som istället betonar att det finns en viss ”trygghet” i att stanna kvar i sjukdomen, eftersom det är en tillvaro man känner till och vant sig vid.

#### *Normaliserande (analys 1) – Normaliserande och öppna grupper/ dela erfarenheter och upplevelser (analys 2).*

Dessa teman behandlar upplevelsen av att känna sig annorlunda och konstig samt känslan av att vara sin sjukdom eller sitt problem och behovet av normaliserande i mötet med vårdpersonalen på mottagningen. I analys 1 beskrivs dock fler aspekter av detta, exempelvis behovet av att få träffa andra i liknande situation samt hur det kan minska känslan av utanförskap och att vara ensam i sin situation för patienterna. Detta beskrivs under temat ”öppna grupper/ dela erfarenheter och upplevelser” i den andra analysen. Analys 2 går mer in på patienternas skamkänslor samt hur dessa förstärker upplevelsen av att vara ”fel” under temat ”normaliserande”.

#### *Att ta steget och våga söka hjälp (analys 1) – platsa/ värd vård? (analys 2).*

Dessa teman liknar varandra på så sätt att de handlar om patienternas oro och osäkerhet kring hur man kommer att bli bemött då man söker vård. Många är oroliga för att inte bli tagna på allvar eller bli betraktade som alltför ”friska” för att få behandling. Ett flertal patienter har tidigare erfarenheter av att bli nekade vård på grund av att de inte är ”tillräckligt” sjuka, vilket många gånger har gett dem en upplevelse av att inte vara värda vård. Det finns även en del skillnader mellan dessa teman. Bland annat beskrivs, i analys 1, vikten av att få komma i behandling då man är motiverad och har viljan att genomgå stora beteendeförändringar. Att i det läget hamna på en väntelista riskerar att signalera att sjukdomsgraden inte är tillräckligt allvarlig, vilket ökar risken för känslor av ambivalens och motivationsproblem. Analys 1 tar även upp hur viktigt det är att underlätta för patienterna att söka hjälp, exempelvis genom att erbjuda dem att komma drop-in utan att behöva en remiss. Lättillgängligheten gör det mindre krångligt, vilket eventuellt kan öka sökbenägenheten. Analys 2 fokuserar mer på osäkerheten kring att vara värd vård och hur detta

påverkar patienternas benägenhet att söka hjälp. Ytterligare en aspekt av detta är oron inför att inte få vara kvar i behandling om man inte gör de framsteg som förväntas av en.

*Välkomnande och öppenhet (analys 1) – att bli sedd (analys 2).*

Likheterna mellan dessa teman är patienternas behov av att känna att de inte är i vägen eller till besvär, vilket många har upplevt i tidigare vårdkontakter. Patienterna beskriver hur viktigt bemötandet på mottagningen är oavsett sjukdomsgrad och vad man har för ätstörningsproblematik. Patienterna beskriver även vikten av att bli sedd och bekräftad för den man är, vilket är ytterligare en likhet. Analys 1 beskriver dock även hur öppenheten och bemötandet gör det lättare för patienterna att ta sig till mottagningen då man får särskilt svårt att hantera sina problem. Den beskriver även hur den ständiga tillgången till stöd och hjälp från personalen uppmuntrar patienterna att stanna i behandling, vilket inte berörs i den andra analysen under detta tema.

*Att få hjälp när man behöver det (analys 1) - vetskap om att hjälp finns att få/trygghet och tillgänglighet/öppen mottagning (analys 2).*

Det finns ett flertal likheter mellan dessa tre teman. De beskriver patienternas upplevelse av tryggheten i att kunna vända sig till mottagningen då man har behov av det. Att kunna komma dit utöver inplanerade besök och sessioner för att få stöd, samtal eller för att få en lugn stund är något patienterna både värderar högt och anser skiljer sig från tidigare vårderfarenheter. Tillgängligheten gör det, enligt många av patienterna, även lättare att hantera tiden då man inte är på mottagningen. Ytterligare en likhet mellan analys 1 och analys 2 är vetskapen om att omedelbar hjälp finns tillgänglig på mottagningen även efter avslutad behandling ifall man skulle falla tillbaka i dysfunktionella matbeteenden igen och försämras eller återinsjukna. De skiljer sig dock åt på en del punkter. Temat ”att få hjälp när man behöver det” i analys 1 berör även de svårigheter som kan finnas hos patienterna att uttrycka de behov man har, vilket ibland kan vara svårt då det ofta redan finns en tveksamhet inför hurvida man är värd att ta plats och få vård överhuvudtaget. En annan skillnad är att temat ”tillgänglighet/öppenhet” handlar om tillgången till mottagningen medan de andra mer handlar om tryggheten i att veta att man kan vända sig dit om man skulle vilja det.

*Tillgänglighetens för- och nackdelar (analys 1) – tillgänglighet/öppen mottagning (analys 2).*

Dessa två teman berör dels det som redovisats i föregående teman och dels de negativa aspekterna av den öppna och tillgängliga drop-in-verksamheten. Vissa av patienterna beskriver att det ibland känns ganska trångt då många samlas på en liten yta. Vad gäller de öppna grupperna blir det svårt för patienterna att veta hur många och vilka som kommer, vilket kan leda till en viss oro för en del patienter.

*Eget ansvar/på egna villkor (analys 1) – på egna villkor och vara anonym (analys 2).*

Dessa teman är snarlika och beskriver att behandlingen genomgående bygger på frivillighet och patienternas egna villkor, vilket skapar utrymme för patienterna att fritt välja bland olika aktiviteter som erbjuds som i sin tur bidrar till ökad delaktighet samt ökat engagemang. Detta leder även till att patienterna får ta ett större ansvar för sitt tillfrisknande, vilket förstärker upplevelsen av att man går i behandling för sin egen skull snarare än för att man måste. I analys 1 betonas även hur drop-in-verksamheten möjliggör ett mer flexibelt och individanpassat behandlingsupplägg, vilket inte diskuteras i den andra analysen. Under temat ”vara anonym” i

analys 2 beskrivs hur möjligheten att vara anonym vid första kontakten också förstärker upplevelsen av att man kommer till mottagningen för sin egen skull och därefter har möjlighet att fundera över och ta beslut om huruvida man vill påbörja behandling eller inte.

#### *Steg 4: Integrerad analys*

Den slutliga kvalitativa analysen bygger på de två separata analyser som gjorts och är en integrering av de teman som framkom. De kärnkomponenter som återfanns i analyserna har plockats ut och de nya teman som presenteras nedan är således en vidareutveckling av tidigare teman.

#### *Rädsla.*

Att ha en ätstörning och söka behandling för den problematiken innebär att man ställs inför en situation där en rad olika rädslor aktualiseras. Många respondenter beskrev en stor ambivalens kring att söka och ta emot vård, eftersom de oftast inte vet vad en behandling och ett tillfrisknande skulle innebära. En del patienter beskrev också en rädsla inför en förändring och inför att bli frisk. Eftersom många patienter väntar länge med att söka behandling har sjukdomen blivit en del av ens identitet och präglar till stor del patientens vardag. Flera av respondenterna berättade att de har haft sin ätstörning i många år och beskrev hur detta påverkat dem och hur ett ”normalt” liv kan vara skrämmande då de varit sjuka länge.

”Just den här kampen, att stå mellan att vilja bli frisk eller inte, man slits mellan den sjuka och friska världen och den sjuka världen är livrädd för det.”

”Det är åtta år jag har haft det här. Det är rätt lång tid. Det känns som en del av mig och mitt liv. Samtidigt vill jag inte ha det så här. Det är jobbigt, man vet liksom inte hur ett normalt ätande och ett normalt liv är.”

Flera respondenter uttryckte att det finns en trygghet i att stanna kvar i det man känner till och en rädsla inför att göra stora livsförändringar. Sjukdomsinsikten kan variera och det är inte ovanligt att ätstörningspatienter tvekar på huruvida de faktiskt är sjuka och är i behov av vård, vilket ökar ambivalensen. Att lämna sin sjukdom bakom sig innebär också en del förluster på kort sikt. Ätstörningen kan ha fungerat som ett sätt att hantera svåra känslor så som ångest och nedstämdhet och det kan finnas en rädsla för att lämna sin copingstrategi eftersom det aktualiserar svåra tankarna som kan finnas hos ätstörningspatienter.

”Det var skönt att få hjälp samtidigt så var de sjuka tankarna livrädda.”

En del respondenter beskrev att det är ett väldigt stort steg att söka hjälp eftersom många är rädda för vad det kommer innebära och en komplicerad sökväg kan därför resultera i att många aldrig kommer i behandling. Det framkom att möjligheten att komma drop-in var en stor del i att de slutligen beslöt sig för att kontakta mottagningen. Vidare beskrev respondenterna en rädsla för att den sjukvårdspersonal man möter inte kommer se allvaret i problemen eller att man inte kommer att få tillgång till vården för att man inte uppfyller kriterierna eller för att det finns patienter med större behov av vård som av den anledningen prioriteras. Många patienter beskrev att de är rädda för att bli nekade behandling, vilket kan minska patienternas benägenhet att söka hjälp. När man då tagit steget att söka behandling är det viktigt att man omedelbart fångas upp av vården och får komma i behandling då orken, motivationen och viljan finns. En annan rädsla som beskrevs, av

vissa patienter, är att man ska hamna på väntelista eller att man måste ta sig förbi omständliga och långsamma remissgångar, vilket kan göra att man avstår från att ens försöka.

”Jag var mest rädd för att jag skulle få åka hem igen och att, nej du passar inte in, du är inte sjuk eller någonting sådant för det är så jag blivit bemött tidigare...”

”Du behöver inte vänta tre månader för att få någon hjälp, utan du kan bara komma hit. Jag menar man kan få hjälp här och nu, det är trots allt ett himla stort steg att bara söka till en sådan här mottagning, till att söka hjälp överhuvudtaget och då vill man ha hjälp på en gång, här och nu. Så är det ju inte på de andra ställena.”

I intervjuerna beskrev en del respondenter hur möjligheten att vara anonym vid den första kontakten också bidrog till att de sökte hjälp. Detta kan tänkas bero på att patienterna känner en rädsla för att berätta om sina problem för andra eftersom det kan finnas skamkänslor kopplade till åttörningen. Att inte behöva skrivas in i något journalsystem eller behandlingsprogram på en gång gjorde även att det kändes mindre definitivt och upplevdes initialt inte som ett stort åtagande. Det upplevdes positivt att kunna komma till mottagningen och få information om vad mottagningen erbjuder och sen själv ta ett beslut om en eventuell fortsatt kontakt.

”...så jag var så jäkla nervös över allting men jag tyckte att det var jätteskönt att det inte var något telefonsamtal och det var inget, jag behövde inte berätta vem jag var och första gången när vi var här så kände jag att alla de som jobbar här behöver inte veta att det är jag utan det kan lika gärna vara någon av de andra två som är här och tittar så det var jätteskönt att man kunde vara alldeles anonym och känna efter.”

”...att jag kunde komma hit med mina vänner och ingen behövde veta att det var jag och jag kunde känna mig för utan att någon visste att det var jag som hade problem. Jag kunde känna själv att det här är en miljö som jag känner mig trygg i.”

Ytterligare en rädsla som beskrevs av respondenterna var oron över att inte få vara kvar i behandling när man väl påbörjat den om man inte gjort de framsteg som förväntas av en. Vissa patienter berättade om tidigare erfarenheter av att inte få fortsätta behandling eftersom de inte nått de behandlingsmål som satts upp av behandlarna.

”...jag var livrädd att de skulle säga att du inte har gjort några förändringar för det var vad jag var van vid så att vi kan inte hjälpa dig, men de har de aldrig någonsin sagt det...”

#### *Tillgänglighet.*

Det kan vara svårt att få tillgång till specialistvård och det är inte ovanligt att man inte får tillgång till den vård man behöver då behovet finns. Något som respondenterna återkommer till i intervjuerna och som upplevts viktigt för dem är den lättillgänglighet som präglar drop-in-verksamheten på Dala ABC. Möjligheten att komma till mottagningen drop-in när man har behov av det, även då man inte har något besök eller någon aktivitet inbokad upplevs som positivt för patienternas tillfrisknande.

”Det har öppet mycket... man kan vara här mycket, det är väldigt positivt för tillfrisknande... man får en tid här men känner man att de tiderna ens kontaktperson har tid att träffa en inte riktigt räcker till då vet man att man gå hit ändå och träffa någon.”

Det anses vara extra värdefullt under de dagar och perioder då det är som svårast under tiden man är i behandling. Istället för att då vara ensam hemma med sin ångest kan man komma till mottagningen och få hjälp att hantera och stå ut med svåra känslor. Ytterligare en aspekt av detta är att få tillgång till en plats där man kan få en lugn stund, någon professionell att prata med, träffa andra i liknande situation och få vara en del av ett socialt sammanhang.

”Mår jag riktigt dåligt och känner att jag skulle behöva ha någon att prata med eller vara i fred så har jag möjligheten att åka hit och bara sätta mig här och kanske läsa eller lägga mig och vila eller göra något annat.”

”...just bara det att de sa att man kunde komma hit och hänga det var också väldigt skönt, så slipper man sitta hemma själv när man får sina jätteångestattacker, då kan man gå hit... det betyder hur mycket som helst.”

I intervjuerna beskrevs, av flertalet patienter, att möjligheten att kunna komma till mottagningen när behovet finns blir ett sätt att kunna gå vidare från sjukdomen. Patienterna har möjlighet att stanna kvar på mottagningen efter terapiesessioner och bearbeta det som kommit upp i sessionerna, istället för att åka hem och hantera det som är svårt på egen hand.

”För då (i öppenvårdspsykiatri) går man ju hem direkt när samtalet är slut och då går man ju hem istället och grubblar. Det känns som att när jag går hemifrån så kan jag lämna det bakom, gå och liksom försöka tänka på annat”

Att kunna komma drop-in till mottagningen och tillbringa tid där ger möjlighet att dela sina upplevelser med personal och andra patienter, vilket beskrevs som en bidragande faktor till att patienterna vill vara på mottagningen och delta aktivt i det som erbjuds. Att dessutom få tillgång till den behandling och de aktiviteter som erbjuds på Dala ABC, oavsett hur ätstörningen yttrar sig, har upplevts som värdefullt för patienterna.

”Varje gång jag har varit här känner jag mig mer peppad på något sätt. För man får stöd och hjälp att ta sig igenom det här. Man får någon att dela det här med...”

Att det finns öppna grupper som är tillgängliga för alla gör att diskussionerna i grupperna varierar mycket mellan olika tillfällen. Dessutom får patienterna möjlighet att träffa olika deltagare i olika grupper, vilket upplevs som stimulerande och viktigt.

”Det är väldigt öppet så att man kan komma och gå, att det inte blir det här stängda att det är en viss grupp, att det är samma människor hela tiden, att man ser nya människor hela tiden tycker jag är skönt”

En möjlig nackdel med tillgängligheten i mottagningens drop-in-verksamhet är att patienterna aldrig kan veta hur många eller vilka som kommer delta i grupperna eller vara på mottagningen,

eftersom alla har tillgång till den när de vill. Vissa av respondenterna beskrev att detta kan kännas jobbigt och att det ibland kan bli väldigt många patienter som ska samsas om en begränsad yta samt om den personal som finns. En tänkbar anledning till detta är de skamkänslor många upplever, vilket kan göra det svårare att delta i grupper eller vara bland andra patienter. I vissa fall kan detta leda till att patienterna drar sig för att vända sig till mottagningen eller delta i en grupp. En annan svårighet kan vara att uttrycka det behov av hjälp man har. En del av patienterna beskrev en osäkerhet kring att våga ta plats och känna att det är accepterat.

”Jag tyckte det var jobbigt, att inte veta vilka som skulle vara där och att liksom bli sådär uttittad, och jag vet inte tänk om det skulle kanske vara någon som man kände på nåt vis. Hade det varit en sluten grupp så hade det känt tryggare, alltså mer anonym och veta att folk inte kommer att snacka om det här på stan...”

#### *Frivillighet.*

Upplevelsen av frivillighet, att man själv väljer vilka delar av drop-in-verksamheten som man vill delta i, är en central faktor för motivationen. Att få ha inflytande över sin egen behandlingsplan och en valfrihet i vad man vill ta del av kan vara avgörande för om patienterna väljer att gå i behandling överhuvudtaget.

”...känna att jag väljer, ingen tvingar mig att vara här, för mig har det varit jättebetydelsefullt verkligen, annars hade jag inte suttit här kanske...”

All behandling bygger på frivillighet och patientens egna villkor, vilket underlättar behandlingsarbetet på så sätt att det kan stärka motivationen hos patienterna. Patienterna genomgår behandling för att de vill och för att de gjort olika val som ska leda till det liv de vill leva, snarare än att behandlas under tvång eller att de är där för någon annans skull.

”Att jag inte går hit för att någon tvingat mig utan för att jag själv vill. Och sen att det finns olika alternativ, att jag kan välja att det här vill jag gå på, det här vill jag gå på. Det är inte som att jag blir insatt i ett mönster så det här ska du göra och det här...”

Patienterna beskriver värdet i att kunna delta i grupperna utan att behöva anmäla sig till dem, eftersom man då kan hoppa över sådant man inte upplever sig behöva. Detta ökar motivationen att delta i det man upplever att man utvecklas av och det gör dessutom att patienterna då inte behöver få dåligt samvete eller skuld-känslor över sådant de väljer att inte gå på, eftersom de då inte tar upp någon annans plats.

”De är ju drop-in och det tycker jag är så skönt för jag tycker inte om att binda mig och boka upp för skulle det vara så att jag missade en gång så kan jag känna att de väntar på mig, då kan jag känna att jag förstör för gruppen och är så dålig som inte kan komma”

Drop-in-verksamheten innebär en viss flexibilitet genom att patienterna ges möjlighet att delta i grupper och aktiviteter efter egna önskemål och kan engagera sig i utformandet av sin egen behandlingsplan. Detta gör att behandlingen blir mer individualiserad i jämförelse med hur den sett ut i tidigare vårdkontakter. Patienternas problematik kan se ut på väldigt många olika sätt där alla har olika förutsättningar och behov vilket innebär att en flexibilitet krävs. Respondenterna

beskriver att drop-in-verksamheten med de olika gruppaktiviteter som finns och möjligheten att bara vara på mottagningen bidrar till att behandlingen blir mer flexibel och individanpassad.

”Det var så här att jag nästan fick bestämma vad är det jag vill ha liksom och jag har aldrig varit med om det utan tidigare har det varit så att det här erbjuder vi.”

Eftersom behandlingen bygger på frivillighet har patienterna alltid möjlighet att avbryta en aktivitet om den inte upplevs som meningsfull och effektiv. De får även själva komma med idéer om vad som skulle vara viktigt att ha med i behandlingen och vilka insatser som skulle behövas.

”...man kan välja lite som man vill och inte känna att det är ett måste.”

Frivilligheten är även en viktig komponent i behandlingsprocessen eftersom patienter många gånger upplever en ambivalens inför behandlingen, att man ibland tvekar om man vill ha vård. Upplevelsen av frivillighet och att man genomgår behandlingsprocessen på egna villkor underlättar situationen och gör den mer hanterbar, speciellt under svårare perioder. Respondenterna beskriver att drop-in-verksamheten ger dem möjlighet att ta det steg för steg, i sin egen takt, där det inte finns något tvång eller någon press som försvårar behandlingen.

”...om man kommer in på ett ställe där man känner nu måste du följa med, nu måste du, då är det inte på ens egna villkor längre och då skriker den (ångesten) mycket starkare... men bara vetskapen att man kan dra sig ur när man vill eller man går där på egna villkor, det gör att det blir lättare att hantera. Man får växa mer i långsam takt och efter sina egna villkor lite...”

Drop-in-verksamheten bygger på frivillighet redan från den första kontakten då ett av syftena är att man skall söka hjälp när man vill, kan och orkar. Att kunna komma till mottagningen drop-in och på egna villkor beskrevs av respondenterna som viktigt för sökbenägenheten. Att man dessutom hade valmöjligheten att vara anonym och att inte behöva skrivas in i något journalsystem vid första mötet beskrevs av vissa respondenter som väldigt positivt. De kunde komma dit, se sig omkring och få information för att sedan känna efter om det här var en plats där de trivdes och som passade dem, vilket avdramatiserade steget att söka behandling.

”Det kändes väldigt skönt och avslappnat inte så himla...det krävdes inte så mycket av en att, det var bara att komma på mina villkor liksom jag behövde inte gå in och prata med honom om jag inte ville och jag kunde liksom bara kunnat komma hit och gått vilket gör att det känns väldigt, ja men lugnt.”

#### *Behov av trygghet och bekräftelse.*

Många patienter med ätstörningar har erfarenhet av att känna sig besvärliga och förbisedda. Vissa av respondenterna beskrev att de tidigare upplevt att de inte blivit tagna på allvar eller lyssnade till. Det är heller inte ovanligt att ätstörningspatienter upplever sig vara ”udda” eller att de är ”fel”. Eftersom trycket på specialistvården kan vara stort kan patienter få vänta relativt länge på att få vård. Detta kan förstärka upplevelsen av att vara i vägen och att inte bli sedd. Att på eget initiativ söka behandling är ett sätt att säga att man mår dåligt och att man är i behov av hjälp, vilket kan upplevas som både svårt och utlämnande. Patienterna beskrev hur värdefullt det är att i det läget känna sig välkommen, sedd och att man blir tagen på allvar. Eftersom många patienter

upplever sig vara en belastning för sin omgivning finns ofta ett stort behov av att bli bekräftad för den man är, få ta plats och vara del av ett socialt sammanhang.

”...jag har alltid känt att jag är i vägen för folk, men här, nu har de äntligen fått mig att förstå att det är okej att få hjälp, det är okej att inte be om ursäkt för att man finns, det är en positiv upplevelse.”

Flera av respondenterna beskriver att de har försökt bli friska på egen hand utan att lyckas, vilket kan resultera i känslor av hopplöshet. Patienterna beskrev hur viktigt det är att i vården bli bemött med hoppfullhet och inställningen att en förändring både är möjlig och genomförbar, det förmedlar en bild av att man kan bli frisk och därmed få tillgång till det liv man önskar leva.

”...alltså jag var i botten... hade tappat allt men jag började få hopp då när jag kom hit och fick träffa dem... här var ingenting omöjligt...”

”...de verkar mera tro att det går, att det är jag själv som bestämmer hur långt jag vill komma...”

Många beskrev också att man som patient kan känna sig ensam och utsatt. En del respondenter beskrev att en viktig del i att arbeta med sina problem är att få träffa och prata med andra personer i liknande situation, eftersom det kan minska den känsla av utanförskap patienterna ofta har samt fylla ett behov av att bli bekräftad för den person man är och de problem man har. Många uttryckte att mottagningen på så sätt blir en plats där man kan känna trygghet. Vidare beskrev de hur viktigt det är att få ta del av andras upplevelser och känna samhörighet samt att få vara i en miljö där det är accepterat att prata om hur man faktiskt mår och hur svårt det kan vara att hantera de problem en årstörning kan medföra. Att exempelvis kunna komma till en öppen samtalsgrupp utan att behöva säga så mycket för att mest sitta och lyssna beskrivs som positivt, eftersom det förstärker upplevelsen av att man är där av egen fri vilja och att man är lika välkommen även om man inte riktigt vet vad man vill få ut av gruppen.

”Det är också väldigt lättsam stämning... man kan bara komma som man är och man behöver inte prata om man inte vill och vill man så gör man det, ja det är väldigt familjärt... det känns som att alla känner varandra, sådär kamratskt. Det är inte tungt så.”

Respondenterna beskriver ett behov av att utbyta erfarenheter och diskutera svårigheter med andra. På Dala ABC försöker man tillgodose detta behov dels genom de öppna grupper som finns och dels genom möjligheten att komma till mottagningen och tillbringa tid där tillsammans med andra även då man inte deltar i någon aktivitet eller har en avtalad tid.

”Just att träffa andra tjejer som är i samma situation... det har varit jättegivande...”

”...man kan vända sig hit utöver sina samtal som man har med sin kontaktperson... när man känner att det är jobbigt och behöver det, det är väldigt positivt för välmåendet.”

Vissa patienter beskrev också att drop-in-verksamheten verkar normaliserande på så sätt att man inte känner sig lika konstig eller sjuk som man kan göra inom psykiatri eller i andra sjukhusmiljöer, vilket också skapar en känsla av trygghet för patienterna. Att få möjlighet att

komma till mottagningen och prata med och spendera tid med andra patienter bidrar till upplevelsen av att man är en person med ett problem som även andra har och som man kan göra något åt, snarare än att man själv är problemet. Detta gör att patienterna känner sig sedda och bekräftade, vilket patienterna ofta har ett stort behov av.

”Här är man en person med ett problem, man är inte ett problem. För jag har alltid upplevt att, oavsett vart jag hamnat, det är att jag är ett problem som måste åtgärdas men det är det inte här.

”Från att hela tiden känna att man är sjuk i huvudet i och fel, jag gör ju fel hela tiden på grund av ätstörningen och så och så får man komma hit när man vill och så och träffa andra. Jag vet inte men man känner sig som en vanlig människa.”

Känslan av att vara ”sjuk” reduceras också då man kan söka sig till mottagningen och få hjälp när man vill utan att behöva träffa en läkare för bedömning och remiss, vilket upplevs som positivt. Ytterligare en faktor som underlättar hjälpsökandet, enligt patienterna, är möjligheten att komma via drop-in och vara anonym, eftersom det minskar känslan av att få en stämpel som sjuk patient.

”Det här att man kan vara relativt anonym och just det att jag behöver inte ha svart på vitt att jag är sjuk... ..att man inte får en stämpel som när man är på sjukhus, alltså jag åker hit för att jag är sjuk och det står på papper och man möter massa vitrockar...”

Något som också är viktigt för patienterna är att veta att man när som helst kan vända sig till mottagningen då man har behov av det. Vetskapen är i sig en trygghet för patienterna, vilket ibland kan göra att behovet att åka till mottagningen inte blir lika stort som om de inte haft den möjligheten. Det upplevs också som en trygghet att veta att hjälp finns att få om man, efter avslutad behandling, skulle börja falla tillbaka i destruktiva mönster. Det faktum att de i den situationen kan få omedelbar hjälp är uppskattat och värdefullt för patienterna, eftersom de då inte behöver oroa sig för hur det skulle bli och var de skulle vända sig ifall de skulle försämrans eller återinsjukna.

”...skulle jag börja må riktigt dåligt igen så finns det folk som står bakom och tar emot mig... nu känner jag att jag inte behöver vara rädd att jag ska stå helt ensam, för skulle jag börja må sämre så finns det hjälp här.”

Respondenterna betonade också hur bemötandet av personalen på mottagningen samt den öppenhet som finns på mottagningen bidrar till att det känns lättare att ta sig till mottagningen. Det leder även till en ökad benägenhet att fortsätta med och stanna kvar i behandlingen.

## Diskussion

Syftet med rapporten var att undersöka patienternas upplevelse av Dala ABC:s drop-in-verksamhet samt vilka eventuella för- och nackdelar som finns med drop-in-verksamheten. Fokus har varit på patienternas upplevelse av bemötandet på mottagningen och huruvida drop-in-verksamheten, enligt patienterna, kan öka benägenheten att söka och delta i vård och ta eget ansvar för behandlingen. Vidare syftade studien till att jämföra kontakten med Dala ABC med patienternas tidigare vårdkontakter.

Diskussionen består av fyra delar. Inledningsvis diskuteras studiens resultat relaterat till tidigare forskning. Därefter följer en allmän diskussion kring de kvalitativa resultaten. Sedan följer en diskussion kring metodens styrkor och svagheter och slutligen diskuteras förslag på framtida forskning och sammanfattande slutsatser.

#### *Resultatdiskussion relaterat till tidigare forskning*

De teman som framträdde i intervjuerna och presenterades i den integrerade analysen var rädsla, tillgänglighet, frivillighet samt behov av trygghet och bekräftelse. Innebörden av dessa teman diskuteras nedan i relation till tidigare forskning.

Låg självkänsla förekommer ofta bland ätstörningspatienter och många har svårt att uttrycka sina behov och hävda sig. Många patienter med låg självkänsla rapporterar att de inte känner sig värda behandling, eftersom de inte anser sig förtjäna ett gott liv (Ghaderi, 2010). Detta kan möjligen leda till brister vad gäller motivation och öka den ambivalens som ofta finns hos patienterna. Det framkom i intervjuerna under temat rädsla att respondenterna ofta känner en hopplöshet inför ett tillfrisknande och många har förlikat sig med tanken om att det aldrig kommer att bli bättre. I en studie av Magee och Huriaux (2007) där de utvärderade ett drop-in-program för hemlösa kvinnor framkom att upplevelsen av att vara uppskattad gjorde att kvinnorna hade lättare att föreställa sig ett annat liv, vilket gjorde dem mer motiverade att göra positiva livsförändringar. Under temat rädsla beskriver respondenterna hur deras erfarenheter av att tidigare bli nekade vård har förstärkt bilden av att det inte går att förändra de problem som finns och därmed minskat deras benägenhet att söka vård ytterligare, eftersom de upplever att det inte finns någon mening med det. Patienterna som intervjuats på Dala ABC beskriver att det bemötande de fått på mottagningen både varit väldigt viktigt för motivationen och avgörande vad gäller att ta beslut om att inleda behandling. Patienternas beskrivningar av bemötandet på Dala ABC präglades av hopp, öppenhet och värme, vilket förmedlade för dem att de är värda det liv de önskar leva. Detta hjälpte dem att vara kvar i behandlingen då det kändes svårt, vilket återfinns i temat behov av trygghet och bekräftelse. Resultaten tyder på att man, genom att erbjuda patienter att på ett enkelt sätt kunna komma på ett första samtal och få information om mottagningen och vilka möjligheter som finns för patienten, skulle kunna stärka deras tro på sina egna förmågor att skapa ett bättre liv.

Magee och Huriaux (2007) tar även upp vikten av att kunna möta patienters olika behov och erbjuda en plats att komma till där atmosfären präglas av att man är välkommen ”precis som man är” och att olika typer av insatser finns att tillgå. Intervjurespondenterna återkommer till hur betydelsefullt bemötandet varit på Dala ABC. Under temat behov av trygghet och bekräftelse beskriver respondenterna att det som patient är viktigt att känna sig välkommen oavsett hur omfattande ens behov är, vilket de upplever att sig ha varit. I jämförelse med tidigare vårdkontakter där de ibland inte känt sig tillräckligt sjuka för att få hjälp beskriver de att de på mottagningen aldrig blivit ifrågasatta och att de alltid blivit tagna på allvar. Den ständiga tillgången till mottagningen genom drop-in-verksamheten, som beskrivs under temat tillgänglighet, kan möjligen bidra till upplevelsen av att det finns en plats att vända sig till där man är välkommen och där hjälp och stöd finns att få. Dessutom har Dala ABC möjlighet att erbjuda patienter många olika typer av insatser genom sin drop-in-verksamhet, exempelvis genom de öppna gruppverksamheter som finns. Detta ökar deras möjligheter att individanpassa behandlingen efter patienternas behov, något som beskrivs i temat frivillighet.

Vidare beskriver Magee och Hurliaux (2007) betydelsen av att känna tillhörighet, gemenskap och att få socialt stöd. Drop-in-programmet som utvärderades erbjöd kvinnorna en säker och accepterande miljö, där de fick möjlighet att träffa andra i liknande situation i kontrast till deras liv utanför programmet, där de ofta kände sig ensamma och otrygga. Intervjurespondenterna i denna studie beskriver liknande erfarenheter av utanförskap och en otrygghet inför att inte kunna hantera sina problem på egen hand. Drop-in-verksamheten på Dala ABC skapar tillfällen för patienterna att träffa andra att dela sina erfarenheter och upplevelser med. Detta kan bidra till en känsla av tillhörighet och gemenskap för patienterna, vilket kan öka upplevelsen av trygghet samt fungera som ett stöd.

I en studie där man bland annat undersökte faktorer som påverkar hjälpsökande hos gatuprostituerade kvinnor framkom att timingen för olika behandlingsinsatser eller interventioner var avgörande. Kvinnorna berättade om sina negativa erfarenheter av bemötande i tidigare vårdkontakter. I flera fall upplevde de sig ha blivit tvingade eller övertalade att gå in i behandling i en fas då de inte känt sig redo för detta (Gorry, Roen, Reilly, 2010). I föreliggande undersökning är ett av de centrala teman som framkommit i intervjuerna frivillighet. Att kunna påverka sin egen behandling och själv välja vilka interventioner eller aktiviteter man vill delta i beskrivs som en viktig faktor för motivationen hos patienterna. Intervjurespondenterna beskriver också hur upplevelsen av att behandlingen sker på deras villkor kan öka känslan av eget ansvar, vilket kan förstärka motivationen ytterligare. Drop-in-verksamheten på Dala ABC möjliggör för vårdgivarna att ta emot patienter då de känner sig motiverade att söka behandling. Drop-in-verksamheten kan underlätta processen att söka hjälp, då patienterna kan komma till mottagningen på en gång då de orkar, vill och vågar. När de väl kommer till mottagningen erbjuds de stöd omgående, utan att behöva vänta, vilket respondenterna beskriver kan vara och i vissa fall har varit avgörande. Eftersom patienterna erbjuds att vara anonyma vid första kontakten, kan upplevelsen av att man är där för sin egen skull och på egna villkor förstärkas.

Hesse och Pedersen (2007) visade i sin studie att utökad socialt stöd, intensiv ärendehantering samt tillgång till personal på drop-in-centra för personer med substansberoende resulterade i högre närvaro vid inbokade sessioner och högre behandlingsintensitet. En tänkbar förklaring är att lättillgängligheten påverkade patienternas engagemang och gjorde dem mer benägna att söka sig till personalen då de hade behov av det, eftersom upplägget gjorde det relativt lätt för dem att göra det. Vissa av intervjurespondenterna i denna studie beskriver att drop-in-verksamheten på Dala ABC påverkat deras engagemang på ett liknande sätt för att de har möjlighet att vara på mottagningen, i stort sett, varje dag om de tycker sig behöva det. Många respondenter beskriver också att de valt att vara på mottagningen mer under de dagar och perioder då de mått som allra sämst. De beskriver den ständiga tillgången till mottagningen och personalen som en stor trygghet som gör att tiden mellan behandlingssessionerna känns mer uthärdlig, vilket beskrivs under temat tillgänglighet. En kontinuerlig och frekvent kontakt med vårdpersonalen kan dessutom stärka alliansen och öka förtroendet för personalen, vilket kan tänkas göra det mindre svårt att uttrycka sina behov och vara uppriktig angående sitt mående.

Tolan och Dodge (2005) argumenterar i sin artikel för att erbjuda personer, redan då de uppvisar prodromalsymtom, effektiva och preventiva interventioner då man vet att tidiga insatser och preventiva åtgärder kan vara avgörande och förhindra allvarlig sjukdomsutveckling. Vidare skriver de om behovet att öka tillgången till specialistvård, samt om hur effektiva interventioner som sätts in tidigt kan ge ekonomiska vinster. På Dala ABC resonerar man på ett likande sätt och

förhoppningen är att patienter i ett tidigare skede av sin ätstörning ska kunna komma i behandling innan problematiken utvecklats alltför långt och innan den blivit alltför utbredd. Flera av intervjurespondenterna beskriver att de haft sina ätstörningar i många år, vilket har bidragit till en känsla av hopplöshet inför möjligheten att hitta rätt vård och bli friska. Avsaknaden av motivation och tillförsikt kan göra dem ännu svårare att fånga upp och hålla kvar i behandling. I takt med att de blir ännu sjukare sätts ofta fler tvångsåtgärder in och motivationen försämras kanske ytterligare. Om man istället då skulle kunna fånga upp personer innan det gått för långt och erbjuda behandling som helt sker på patientens villkor skulle man förhoppningsvis kunna spara in på både resurser och mänskligt lidande. Detta återstår dock att undersöka vidare i framtida studier.

Ambivalens och bristande sjukdomsinsikt är vanligt förekommande problem hos ätstörningspatienter. Ofta handlar det om en rädsla eller oro inför de uppoftningar som måste göras i en behandling. Av den anledningen väntar patienter ofta länge innan de söker vård. Wilson och Vitousek (1998) beskriver hur symtomen ofta blir sammanflätade med ens identitet, vilket gör det svårt för patienten att se allvaret i sin ätstörning. Detta kan leda till undvikande av behandling, bortfall i behandling och höga återfallssiffror. Att söka hjälp kan upplevas som ett väldigt stort steg för patienter, där motståndet ofta vinner och det skjuts i bästa fall upp till ett senare tillfälle. Det är därför viktigt att underlätta hjälpsökandet för patienterna i så stor utsträckning som möjligt. På Dala ABC försöker man angripa detta problem genom att öka tillgängligheten. I intervjuerna framkom det att patienterna uppfattade det som väldigt enkelt att få kontakt med mottagningen. När man väl kommit dit upplevdes inte steget lika stort och dramatiskt, eftersom man inte behövde en avtalad tid utan man kunde bara dyka upp. Ytterligare en avdramatiserande faktor var att man dessutom kunde vara anonym, eftersom det gjorde att patienterna inte kände sig lika exponerade.

Anorektiker söker sällan frivilligt hjälp för sin ätstörning. Bland dem som söker vård görs det främst på grund av relaterade symtom som exempelvis nedstämdhet eller ångest, snarare än för att man är bekymrad över sin låga kroppsvikt. Ofta är det istället de närståendes oro som är anledningen till att man söker vård (Wilson & Vitousek, 1998). Många går obehandlade och för att förhindra det är det första viktiga steget att överhuvudtaget få dem att komma till mottagningen. När patienterna väl är där är det viktigt att förmedla att behandlingen anpassas efter individens behov och önskemål och helt och hållet är frivillig. På Dala ABC finns möjlighet att delta i öppna grupper utan att man behöver påbörja en individualterapi. Patienterna får på så sätt en möjlighet att känna efter och prova på hur det är att vara på mottagningen och bilda sig en uppfattning om hur delar av en eventuell behandling skulle kunna se ut. Detta beskrivs under temat frivillighet.

Wilson och Vitousek (1998) menar också att det är bättre att försöka reducera ambivalensen genom att ge patienten nya och direkta upplevelser och erfarenheter. Dessa erfarenheter kan sedan utmana de föreställningar patienterna har som snarare bygger på en rädsla inför vad en förändring skulle innebära än på direkta upplevelser. På Dala ABC försöker man angripa detta genom att uppmuntra patienter att gå på en första öppen gruppverksamhet för att de skall få en faktisk erfarenhet som kan minska ambivalensen och öka motivationen för en fortsatt kontakt.

Många bulimiker når remission med tiden, men denna är dessvärre ofta flyktig och återfall är vanligt bland dessa patienter (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). En eventuell anledning till detta

kan vara att man tvingas släppa patienter lite för fort efter framgångsrika behandlingar, eftersom väntelistorna är långa och man måste ta sig an nya patienter. En möjlig fördel med drop-in-verksamheten är att det möjliggör för vårdgivarna att fasa ut behandlingen och för patienterna att ha en viss kontakt med mottagningen, som ett extra stöd under tiden man lär sig att förhålla sig till sin nya tillvaro alltmer självständigt. Intervjurespondenterna understryker hur betydelsefullt det är att veta att man kan återvända till mottagningen ifall man skulle falla tillbaka i gamla mönster igen. Denna vetskap kan utgöra en trygghet för patienterna och möjligheten finns alltid att gå på de öppna gruppaktiviteterna även efter avslutad behandling.

Svårigheter med att få patienter motiverade till behandling är en av de främsta orsakerna till dåliga behandlingsresultat. Patienternas brist på motivation och engagemang beror ofta på att patient och behandlare inte är överens om vad problemet är, om det överhuvudtaget finns ett problem, hur det har utvecklats, hur det vidmakthålls och hur det bäst adresseras (Ghaderi, 2010). Intervjurespondenterna beskriver, i temat behov av trygghet och bekräftelse, hur viktigt det var att direkt få bli lyssnad till samt bli sedd och bekräftad då man själv söker hjälp för sina problem. En fördel med drop-in-verksamheten på Dala ABC är att vårdgivarna får möjlighet att ta emot patienterna i det läge då de själva upplever sig ha ett problem som de vill få hjälp med att ta tag i. Respondenterna får också större möjlighet att själva formulera vad problemet är samt vad de vill ha hjälp med än om de kommer till mottagningen via remiss, eftersom någon då redan gjort en bedömning och en problemformulering. Detta skapar goda förutsättningar för patienterna att känna sig mer delaktiga i behandlingen. Upplevelsen av att behandlingen sker på deras villkor kan även främja alliansen på så sätt att behandlingen blir ett gemensamt arbete, snarare än något som sker utifrån behandlarens agenda.

Ghaderi (2010) beskriver också hur likheter mellan tidigare misslyckade behandlingar och den aktuella behandlingen riskerar att påverka behandlingseffekten negativt. Intervjurespondenterna beskriver att verksamheten på Dala ABC skiljer sig från tidigare erfarenheter av ätstörningsvård på många sätt, vilket eventuellt gör de mer positivt inställda till behandlingen. En del respondenter beskriver erfarenheter av tidigare behandlingar där behandlingsmålen har varit desamma för alla i behandlingen, vilket inneburit att man fokuserat på kraven på viktuppgång och matintag. Detta gör behandlingen oflexibel och många gånger kontraproduktiv, eftersom patienterna kan uppleva att behandlingen sker under tvång, snarare än utifrån den egna viljan att bli frisk. I drop-in-verksamheten ligger fokus snarare på varje individs behov och patienten kan själv välja vilka delar denna vill delta i, vilket beskrivs under temat frivillighet. I Dala ABC:s drop-in-verksamhet finns på så sätt stora möjligheter att förhålla sig mer flexibelt gentemot patienterna och kraven ställs snarare i takt med att alliansen stärks och motivationen förbättras.

### *Allmän resultatdiskussion*

Drop-in-verksamhet för behandling av ätstörningar är ett nytt koncept och av den anledningen valdes en utforskande ansats, eftersom det tidigare inte gjorts några studier av detta slag på området. Förutsättningarna blir annorlunda eftersom det inte går att relatera resultaten till liknande verksamheter inom ätstörningsvården. Internationellt sett finns dock en del forskning på olika typer av drop-in-verksamheter för socialt utsatta grupper så som hemlösa, missbrukare och prostituerade. Den forskning som använts i denna studie har varit verksamheter som erbjudit lättillgängliga vård- eller stödinsatser till personer som ofta är ambivalenta inför att söka hjälp. Fokus inom dessa verksamheter har, förutom att erbjuda lättillgängliga insatser, varit på att

organisera insatserna kring personernas varierade behov, vilket överensstämmer med Dala ABC:s verksamhet.

Något som måste tas i beaktande är huruvida resultaten från utvärderingar av olika typer av drop-in-program för andra patientgrupper är applicerbara på ätstörningspatienter eller inte. De olika drop-in-programmen har sett olika ut och organiserats på olika sätt, vilket gör det svårt att dra slutsatser om vilka komponenter i dessa program som är viktigast. Möjligen är drop-in-verksamheter mer lämpade för vissa patientgrupper än andra. Många drop-in-program som studerats är främst inriktade på att tillhandahålla förnödenheter till utsatta personer, snarare än att erbjuda psykologisk behandling. Dessa verksamheter erbjuder de personer som kommer till dem trygghet och omvårdnad. Detta upplever även patienterna på Dala ABC att de får, men en stor skillnad är att det också ställs krav på dem att engagera sig i behandling exempelvis genom matschema och hemuppgifter, eftersom Dala ABC:s uppdrag, till skillnad från andra drop-in-verksamheter, är att bedriva sjukvård.

Utifrån intervjurespondenternas beskrivningar av deras upplevelser av drop-in-verksamheten på Dala ABC verkar det finnas åtskilliga fördelar med att organisera behandling av ätstörningar på detta sätt. Bland annat verkar möjligheten att komma till mottagningen utan remiss eller att behöva boka tid i förväg underlätta för patienterna att ta ett första steg mot att göra en förändring. Vidare verkar möjligheten att delta i öppna grupper samt komma till mottagningen och tillbringa tid där bland personal och andra patienter fylla andra viktiga funktioner som exempelvis att träffa andra att känna samhörighet med, få stöd i extra påfrestande perioder samt utgöra en trygghet för patienterna.

Dala ABC är en relativt ny mottagning som öppnade i maj 2010. Verksamheten är ännu under uppbyggnad, vilket gör det svårt att utvärdera den. Drop-in-verksamheten är dessutom ett unikt koncept som inte prövats för ätstörningspatienter tidigare, vilket innebär att det inte finns några föregångare att jämföra Dala ABC:s verksamhet med eller lära av. Mottagningen har vuxit snabbt och de resurser som hittills räckt till kanske inte kommer räcka i takt med att patientantalet blir större. Hittills har de kunnat erbjuda varje enskild individ relativt omfattande insatser och patienterna har fått hjälp ganska omgående. Patienterna har i dagsläget vid behov kunnat komma till mottagningen och prata med personal även då de inte haft någon tid inbokad. I takt med att ordet om mottagningen sprids och patienterna blir fler finns en risk för att det inte finns samma möjlighet att tillgodose varje individs behov på samma sätt.

En annan begränsning som finns är utrymmet i lokalerna. Intervjurespondenterna uttrycker att det ibland kan kännas lite trångt då många patienter ska samsas på en begränsad yta. Mottagningen är tillgänglig för alla som är inskrivna i behandling, vilket i teorin innebär att det ska finnas plats för alla patienter i mottagningens lokaler, vilket det inte alltid gör. I intervjuerna framkommer att patienterna ibland drar sig för att ta sig till mottagningen eller delta i en öppen grupp av det skälet. Eftersom en del av gruppaktiviteterna är öppna finns det alltid en viss osäkerhet kring hur många som kommer delta, vilket ibland gör att grupperna blir stora. Ett troligt scenario är att även denna mottagning framöver kommer behöva placera patienter i kö i väntan på behandling och eventuellt kommer de inte kunna ta emot alla som söker sig dit. En klar fördel är dock att de patienter som väntar på en individuell kontakt, under tiden, kan delta i öppna grupper.

Generellt sett verkar intervjurespondenterna väldigt positivt inställda till mottagningen och dess drop-in-verksamhet. Relativt sett är de negativa uttalanden som framkommit få, vilket får en att fundera kring vad det kan tänkas bero på. Något de flesta intervjurespondenter verkar vara överens om är att de fått ett gott bemötande på mottagningen, vilket gjorde att de fick ett väldigt positivt första intryck av mottagningen, personalen och verksamheten. Huruvida detta sedan färgar deras upplevelse av drop-in-verksamheten eller inte är svårt att säkerställa. Möjligen kan en allmänt positiv inställning till mottagningen göra det svårare att förhålla sig kritiskt till drop-in-verksamhetens olika komponenter. Det kan vara svårt att skilja ut bemötandet från verksamheten och de olika aktiviteter som bedrivs.

En annan möjlig förklaring till detta är att patienter som är positivt inställda till mottagningen och verksamheten också är mer benägna att ställa upp som intervjurespondenter i en sådan här typ av studie än missnöjda patienter. De respondenter som är positivt inställda till verksamheten är kanske mer benägna att vilja uttrycka sin tacksamhet över den vård de fått. Vidare kan man tänka sig att deras förhoppning är att deras berättelser kan bidra till att verksamheten kan växa och att fler patienter i liknande situation kan få tillgång till denna typ av vård, vilket kan motivera dem att ställa upp.

Mottagningen beskrivs av intervjurespondenterna som väldigt trevlig och trivsamt och de upplever personalen som engagerade och tillgängliga för dem. Detta kan tänkas ha en positiv inverkan på patienterna som gör att det känns bra för dem att vara på mottagningen. En eventuell nackdel med det är att patienterna eventuellt tillbringar mer tid på mottagningen än vad de behöver, eftersom det känns tryggt att vara där. En eventuell risk med det är att patienterna blir mindre självständiga och får svårt att hantera sin vardag hemma på egen hand. I intervjuerna framkommer dock att möjligheten att vända sig till mottagningen kan fungera som en trygghet, vilket gör det lättare att hantera de svårigheter man har hemma och behovet av att vända sig dit verkar snarare minska än tvärtom.

De personer som intervjuades befann sig i olika faser av sin ätstörning. En del av dem befann sig vid intervjutillfället i slutskedet av sin behandling och var på väg att avveckla sin kontakt med mottagningen, medan andra var inne i en intensiv fas i behandlingen och var mer präglade av sin sjukdom. Detta kan ha påverkat deras inställning till mottagningen och drop-in-verksamhetens olika delar. En styrka med det är att det kan ge en större variation i respondenternas upplevelser. Vissa av respondenterna har en lång sjukdomshistoria och stor erfarenhet av tidigare vårdkontakter. Andra var relativt nyinsjuknade och hade inte fått någon tidigare behandling för sin ätstörning. Deras perspektiv skiljde sig även åt eftersom de hade olika typer av ätstörningar och olika sjukdomsbild. Syftet är att fånga in så många olika typer av upplevelser som möjligt och förhoppningen är att intervjurespondenternas olika erfarenheter gett både bredd och djup i våra data.

Intervjurespondenterna tillfrågades bland annat om upplevelserna kring deras första intryck av mottagningen, vilket för en del av dem låg relativt långt tillbaka i tiden. Detta kan vara problematiskt, dels för att det kan vara svårt att komma ihåg precis vad man kände och tänkte och dels för att bilden kan ha färgats av senare intryck. Intervjurespondenterna hade ibland svårt att minnas hur kontakten med mottagningen sett ut inledningsvis, vilket även kan ha påverkats av deras tillstånd då de sökte kontakt med mottagningen.

De t-test och det  $\chi^2$ -test som gjordes gav inga signifikanta resultat. Möjligen beror det på att grupperna var för små. En annan förklaring kan vara att skillnaderna mellan de patienter som kommer via remiss och de som kommer via drop-in gömmer sig i andra variabler, som till exempel ätstörningens svårighetsgrad. Det fanns dock inte dokumenterat på ett systematiskt sätt, vilket gjorde att analyser på den typen av variabler inte gick att genomföra. En alternativ förklaring är att det finns skillnader men att dessa mer är kopplade till personlighets- och motivationsfaktorer. Man kan tänka sig att patienter som är mer ambivalenta inför behandling är mer benägna att söka sig till mottagningen via drop-in än via remiss, eftersom en remiss kräver en större ansträngning och innebär ett större åtagande. Ytterligare en möjlighet är att det inte finns någon faktisk skillnad mellan patienter som kommer via remiss och drop-in. Detta skulle behöva undersökas på ett mer omfattande sätt med hjälp av systematisk datainsamling i framtiden.

En möjlig nackdel med att organisera ätstörningsvård genom att ta emot patienter via drop-in är att det finns en risk för att personer som inte platsar i verksamheten kommer dit, eftersom mottagningen är öppen för alla som anser sig ha en ätstörning. Detta innebär att personer kan komma dit utan att ha en diagnos, remiss eller utan att det har gjorts en bedömning inom exempelvis öppenvården. Detta skulle kunna medföra att resurser som skulle kunna användas på bättre sätt istället läggs på fel patientgrupp. Detta är dock endast antaganden eftersom resultatet i  $\chi^2$ -testet inte är tillförlitligt då flera av grupperna var för små.

### *Metoddiskussion*

I en kvalitativ studie är syftet att undersöka individers livsvärld och deras upplevelse av ett visst fenomen. För att uppnå detta eftersträvas ett kvalitativt representativt urval bestående av deltagare som täcker in så många aspekter av det som undersökts som möjligt (Langemar, 2007). Antalet intervjuer som genomförs i en kvalitativ studie varierar, men riktlinjen för när man har tillräckligt många respondenter är att man inte får någon ny information av att genomföra fler intervjuer. Informations- och upplevelsemässigt har en mättnadspunkt uppnåtts (Kvale, 1997).

Vid rekryteringen av respondenter till den här studien fanns inte möjlighet att kontakta individer som valt att avsluta sin kontakt med mottagningen. Alla respondenterna var därför patienter som valt att påbörja behandling och var inskrivna på mottagningen. Det är troligt att en ännu större variation av åsikter kring hur drop-in-verksamheten fungerar hade erhållits om personer som inte velat fortsätta behandling på mottagningen efter initial kontakt hade ingått i urvalet.

Det hade varit givande att intervjua män som varit inskrivna på mottagningen, eftersom det hade kunnat ge ett perspektiv på om synen på mottagningen påverkas av om man är man eller kvinna. Det var dock ingen man som var villig att delta, vilket begränsar validiteten för studien. Att även inkludera personer som valt att avsluta kontakten med mottagningen hade varit givande, men eftersom deltagandet bygger på frivillighet var detta inte ett alternativ. Dessa begränsningar i urvalet kan minska möjligheten att generalisera resultatet av studien, eftersom ett bredare perspektiv hade kunnat presenteras kring upplevelsen av att komma till mottagningen drop-in. De respondenter som var villiga att delta i intervjuerna hade dock skilda upplevelser av att komma till mottagningen och deras upplevelser gav stor förståelse för betydelsen av lättillgänglig specialistvård. Det är därför vår förhoppning att denna studie trots dess begränsningar i urvalet

kan användas som grund för vidare studier och diskussion kring organiseringen av ätstörningsvård.

Att använda sig av kvalitativa intervjuer innebär en begränsning i replikerbarhet, eftersom det är svårt att få samma resultat för olika intervjuare eller vid olika tillfällen. Detta är dock inte lika eftersträvansvärt i kvalitativa studier som i kvantitativa undersökningar. För att standardisera intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide som koncentrerade intervjuerna kring områden av intresse, men samtidigt lämnade utrymme för att följa respondenten i dennes livsvärld. Intervjuguiden är även ett sätt att minska påverkan av ledanden frågor och att förhindra en alltför stor variation i formuleringar (Kvale, 1997).

Att en och samma person har gjort samtliga intervjuer har både för- och nackdelar. En fördel är att det innebär en ökad standardisering i intervjusituationen och kan på så sätt bidra till förbättrad validitet. En negativ aspekt av detta är dock att det är svårt att avgöra hur stort inflytande personen som genomför intervjuerna har över respondenternas svar. Om fler personer hade genomfört intervjuerna hade man kunnat analysera detta, eftersom man då kan undersöka vilka likheter och skillnader som finns i det material som kommer från intervjuerna.

Intervjuerna varierade i längd och var 40-58 minuter. Den skillnad som fanns berodde främst på om respondenten hade haft många tidigare vårdkontakter och därför kunde göra fler jämförelser mellan dessa och drop-in-verksamheten. Det fanns även en variation i hur mycket respondenten deltog i drop-in-verksamhetens olika delar, vilket också påverkade längden på intervjun.

Det är viktigt att understryka att denna studie inte undersökt den behandling respondenterna fått på Dala ABC och därmed uttalar vi oss inte om några behandlingseffekter. Syftet har istället varit att utforska respondenternas upplevelse av de olika delarna av drop-in-verksamheten på Dala ABC. Drop-in-begreppet är brett och kan betyda och tolkas som olika saker. För tydlighetens skull samt för att öka validiteten delades begreppet in i tre olika delar i vår definition. Inför varje intervju presenterades denna definition för intervjurespondenten för att undvika risken att intervjuaren och respondenten hade olika uppfattning om vad som avses med drop-in-verksamheten på Dala ABC.

I intervjuerna framkom att respondenterna överlag var positiva till de flesta aspekter av drop-in-verksamheten. Med vissa undantag, gällanden till exempel storleken på mottagningen, framkom få negativa åsikter. Det kan bero på att patienterna på mottagningen överlag är nöjda med hur drop-in-verksamheten fungerar. Det finns dock även en möjlighet att svaren påverkas av att intervjuerna skedde under tiden respondenterna var inskriva på mottagningen och att det påverkar deras upplevelse och skapar en känsla av lojalitet gentemot mottagningen och de personer som arbetar där. Under intervjuerna efterfrågades negativa aspekter av mottagningen särskilt för att öppna upp för möjligheten att uttrycka sådana erfarenheter. I början av varje intervju förtydligades även att de svar som respondenten gav inte skulle påverka dennes vård på mottagningen. Vidare informerades respondenten om att de citat som används i resultatet inte skulle gå att härleda till specifika personer, eftersom allt material avidentifierades. En faktor som kan ha bidragit till att respondenternas svar innehöll så få negativa aspekter kan vara att intervjuerna genomfördes i mottagningens lokaler, vilket eventuellt kan göra att det blir svårare att uttrycka negativa åsikter om drop-in-verksamheten.

Att genomföra analysen av materialet i flera steg gav flera fördelar för reliabiliteten och validiteten. För att minska påverkan av en kodares subjektiva bedömning av materialet genomfördes två separata analyser. De två analysernas koder och innehåll jämfördes sedan för att kontrollera kodarens reliabilitet. Till stor del överensstämde analyserna, även om benämningen på vissa koder skiljde sig, vilket tyder på god intersubjektiv enighet (Kvale, 1997).

Att vidareutveckla de ursprungliga analyser och integrera dem till en analys som även innehöll nya teman gav möjlighet till en djupare förståelse av materialet. En styrka med analysförfarandet var att analysen dels gjordes av två personer som redan detaljerat gått igenom all data och dels av en person som kunde bidra med ett nytt perspektiv på analysmaterialet och inte var lika påverkad av tidigare teman.

I rapporten har resultatet av de tematiska analyserna belysts med citat som ett sätt att förtydliga och stärka kopplingen mellan faktisk data och tolkning av data. Att presentera citat i kvalitativa analyser är ett sätt att värna om validiteten, eftersom det ger läsaren en möjlighet att bedöma grunden för tolkningarna. Det är dock viktigt att ha i åtanke att de citat som presenteras är valda av de personer som genomfört analysen (Kvale, 1997).

En kvantitativ undersökning av drop-in-verksamhetens betydelse omöjliggjordes eftersom mottagningen, på grund av att den är nystartad, ännu inte börjat använda sig av formulär och skattningsskalor på ett systematiskt och strukturerat sätt. Det gör att den information som det fanns tillgång till var begränsad och av den anledningen gjordes en kvantitativ beskrivning. De data som användes var inte journaldata, utan sammanställdes från en verksamhetsbeskrivning av mottagningen och kompletterades med uppgifter från de enskilda behandlarna.

#### *Sammanfattande slutsatser och förslag på vidare forskning*

Tanken med den drop-in-verksamhet som bedrivs på Dala ABC är att det ska vara lätt att komma i kontakt med specialiserad vård för ätstörningar, utan att behöva gå via andra instanser för bedömning och remiss. Resultaten i denna studie tyder på att benägenheten att söka vård för sin ätstörning kan öka när vården är mer lättillgänglig. Det framkommer i intervjuerna att möjligheten att komma till mottagningen via drop-in i vissa fall har varit avgörande. Respondenterna betonar också vikten av att bli bemött på ett bra sätt när man väl söker vård, vilket de upplever att de blivit på Dala ABC. Patienternas möjlighet att delta i de olika öppna aktiviteter och grupper som erbjuds, i kombination med att de har möjlighet att tillbringa tid på mottagningen då de önskar, bidrar till en känsla av ökad trygghet och en upplevelse av att man är en person med ett problem snarare än ett problem i sig. Den öppna verksamheten skapar även tillfällen för patienter att dela upplevelser med varandra och känna sig som en del av ett socialt sammanhang. Att kunna vända sig till mottagningen de dagar eller perioder då man mår som allra sämst kan vara ett stort stöd för patienterna och gör det förhoppningsvis lättare att hantera särskilt svåra perioder.

Den delen av drop-in-verksamheten som utgörs av öppna grupper och aktiviteter möjliggör för patienterna att ta mer eget ansvar för sin behandling och själva lägga upp dagarna efter egna behov och önskemål. Upplägget gör också att behandlingen blir mer flexibel, eftersom patienterna själva kan bestämma vad de behöver och orkar dag för dag. Många av respondenterna

beskriver att upplägget skapar en känsla av att de själva kan påverka sitt tillfrisknande och att det sker på deras villkor, vilket de menar främjar behandlingsprocessen.

En viktig fråga är huruvida drop-in-verksamheter, som den på Dala ABC, kan leda till mer behandling för varje enskild patient. Enligt respondenterna verkar det som att drop-in har ökat deras deltagande i aktiv behandling och att de ser mer positivt på mottagningen i allmänhet, vilket kan tänkas stärka alliansen och behandlingsprocessen. Det vore givande att undersöka detta närmare med kvantitativa mätmetoder. Vidare vore det intressant att studera huruvida drop-in leder till effektivare behandling eller inte. I intervjuerna framkom att respondenterna anser att möjligheten att komma drop-in varit positivt för deras motivation och mående. En strukturerad jämförelse mellan patienter som tar del av drop-in-verksamheten och patienter på en annan ätstörningsklinik, skulle kunna besvara den frågan.

Ett eventuellt problem med drop-in-verksamheten är att den fångar in personer som inte hör hemma i verksamheten på Dala ABC. Huruvida denna hypotes stämmer eller inte återstår att utvärdera längre fram. Denna studie indikerar att så är fallet, men grupperna var för små för att kunna uttala sig säkert om detta och resultaten var inte signifikanta.

En ny verksamhet som den på Dala ABC behöver utvärderas kontinuerligt för att den ska kunna växa och utvecklas. För att det ska kunna göras krävs att mottagningen sätter kvalitetskontroller och skattningar i system. På så sätt skulle det kunna göras före- och eftermätningar på patienterna med avseende på deras mående. Vidare skulle utvärderingar av vilka patienter som söker sig till mottagningen kunna visa huruvida drop-in-verksamheten lyckats fånga in patienter som vanligen inte söker vård eller inte.

En intressant fråga för framtida studier skulle vara om drop-in-verksamheter kan tänkas vara ett effektivt sätt att fånga in andra patientgrupper med annan problematik där det ofta finns motivationsproblem, till exempel personer med missbruksproblem, och på så sätt kunna ge dem behandling i ett tidigare skede av sjukdomsförloppet.

Förhoppningen med drop-in-verksamheten på Dala ABC är att patienter med ätstörningar på ett enkelt sätt ska kunna komma i vård i ett tidigare skede av ätstörningen. Om det skulle leda till att patienter med mindre allvarliga tillstånd och som inte gått med problemen alltför länge söker hjälp skulle stora vinster, både i form av ekonomiska resurser och reducerat mänskligt lidande, kunna göras. Då ätstörningar ofta debuterar under tonåren vore det motiverat att fundera på om en drop-in-verksamhet, likt den som bedrivs på Dala ABC, skulle kunna erbjudas för yngre patienter inom barn- och ungdomspsykiatri. Dessa frågor är både stora och komplexa och rymms inte inom ramen för denna studie. Det är dock viktiga frågor att närmare belysa och vår förhoppning är att denna studie kan fungera som en inspirationskälla och underlag för vidare diskussioner kring hur ätstörningsvård bäst organiseras.

## Referenser

- Agras, W. S., Brandt, H. A., Bulik, C. M., Dolan-Sewell, R., Fairburn, C. G., Halmi, K. A., et al. (2004). Report of the National Institutes of Health Workshop on Overcoming Barriers to Treatment Research in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 35:509 – 521.
- American Psychiatric Association, APA. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Text revision. Fjärde upplagan, svensk översättning. Stockholm: Pilgrim Press.
- Capio Anorexi Center*. (2011). Besökt 10 mars 2011 på <http://capioanorexicenter.com/Sok-behandling/Vantetider/>
- Clinton, D. & Norring, C. (2002). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och kultur.
- DALA ABC, Landstinget Dalarna. (2010). *DALA ABC - Kunskapscenter för ätstörningar, Verksamhetsrapport 2010*.
- Dare, C. & Eisler, I. (2002) Family Therapy and Eating Disorders. I Fairburn, C. G. & Brownell, K. D. *Eating Disorders and obesity: A Comprehensive Handbook. Second edition*. (sid. 314-320). New York, NY: The Guildford Press.
- Engel, S.G., Adair, C.E., Las Hayas, C & Abraham, S. (2009). Health-related quality of life and eating disorders: A review and update. *International Journal of Eating Disorders*. 42:179–187.
- Ghaderi, A. (2010). Eating disorders. I McKay, D., Abramowitz, J., & Taylor, S. *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success*. (sid. 155-162). Washington DC, MD: American Psychological Association.
- Gorry, J., Roen, K., Reilly, J. (2010). Selling your self? The psychological impact of street sex work and factors affecting support seeking. *Health and Social Care in the Community*. 18(5): 492-499.
- Hall, S., & Cheston, R. (2002). Mental Health and Identity: The Evaluation of a Drop-in Centre. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 12, 30-43.
- Hayes, N. (2000). *Doing psychological research: gathering and analysing data*. Berkshire: Open University Press.
- Hepworth, N. & Haxton, S.J. (2007) Pathways to Help-Seeking in Bulimia Nervosa and Binge Eating Problems: A Concept Mapping Approach. *International Journal of Eating Disorders*. 40: 493-504.
- Hesse, M. & Pedersen, M.U. (2007). Easy-access Services in Low-threshold Opiate Agonist Maintenance. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 6:316-324.
- Hoek, H. & van Hoeken D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal Eating Disorders*. 34:383– 396.
- Kvale, S. (2007). Den kvalitativa forskningsintervjun. Danmark: Studentlitteratur
- Langemar, P. (2007). *Att låta en värld öppna sig: Introduktion till kvalitativ metod i psykologi*. Stockholm: Liber AB.
- Magee, C. & Hurliaux, E. (2007) Ladies' night: Evaluating a drop-in programme for homeless and marginally housed women in San Fransisco's mission district. *International Journal of Drug Policy*. 19: 113-121.
- Mando*. (2011). Besökt 10 mars 2011 på [http://www.mando.se/\\_uploads/\\_images/File/Stockholms\\_Lans\\_Landstings\\_vardprioritering.pdf](http://www.mando.se/_uploads/_images/File/Stockholms_Lans_Landstings_vardprioritering.pdf)

National Collaborating Centre for Mental Health (2004). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. Leicester & London, United Kingdom: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.

Pohjola, V., Räsänen, P., Roine, R. P., Sintonen, H., Wahlbeck, K., Karlsson, H. (2010). Cost-utility of Treatment of Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 43:7, 596-602.

Proposed Revision | APA DSM-5. Binge Eating Disorder. (2011) Besökt 23 februari 2011 på <http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/proposedrevision.aspx?rid=372>

Saarni, S. I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Koskinen, S., Härkänen, T & Lönnqvist, J. (2007) The health-related quality-of-life impact of chronic conditions varied with age in general population. *J Clin Epidemiol Journal of Clinical Epidemiology*. 60:1288–1297.

Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*. 159:1284–1293.

Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128:5, 825–848.

*Stockholms Centrum för Ätstörningar*. (2011). Besökt 10 mars 2011 på [http://www.scfa.se/patients/waiting\\_time/index.html](http://www.scfa.se/patients/waiting_time/index.html)

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Walter, K. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *The American Journal of Psychiatry*. 157:3, 393-401.

Tolan, P. H. & Dodge, K. A. (2005) Children's Mental Health as a Primary Care and Concern: A System for Comprehensive Support and Service. *American Psychologist*. 60:6, 601-614.

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.

Vitousek, K., Watson, S. & Wilson, G. T. (1998) Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*. 18:4, 391-420.

Wilson, T. G., Grilo, C. M. & Vitousek, K. M. (2007). Psychological Treatment of Eating Disorders. *American Psychologist*. 62:3, 199-216.

Wondelich, S.A. (2002) Personality and Eating Disorders. I Fairburn, C. G. & Brownell, K. D. *Eating Disorders and obesity: A Comprehensive Handbook. Second edition*. (sid. 204-209). New York, NY: The Guildford Press.

**BILAGA 1. Informationsbrev****INFORMATIONSBREV**

Hej!

Vi arbetar med en psykologexamensuppsats som syftar till att utvärdera den drop-in-verksamhet som bedrivs på Dala ABC. Mottagningen Dala ABC är relativt nystartad och det är därför av intresse att få en uppfattning om verksamheten ur patienternas perspektiv. Vi önskar därför få intervjua dig som går på mottagningen och som varit inskriven sedan minst en månad tillbaka. Intervjun kommer att ske vid ett tillfälle och pågå i cirka 45-60 minuter och kommer att ljudinspelas. Ljudfilerna kommer att raderas så fort alla data sammanställts. Du som deltar i intervjuundersökningen kommer att vara anonym och alla sekretesskänsliga personuppgifter kommer att aidentifieras. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande i undersökningen. Huruvida du väljer att delta i undersökningen eller ej, kommer inte att på något sätt påverka de vårdinsatser du får på mottagningen. Om du är intresserad av att medverka ber vi dig att fylla i kontaktuppgifterna nedan samt lämna det i receptionen i ett igenklistrat kuvert. Vi kommer sedan att kontakta dig för vidare information och eventuell tidsbokning.

Med vänliga hälsningar,

Linn Almlöf, psykologkandidat, Stockholms universitet  
Moa Manneberg, psykologkandidat, Stockholms universitet  
Sofia Lindström, psykologkandidat, Stockholms universitet

Vid frågor kontakta oss på:  
E-postadress: sofia.lindstrom@hotmail.com  
Mobilnummer: 0736-13 41 50 (Sofia)

Handledare David Clinton  
E-post: david.clinton@ki.se  
Mobilnummer: 070- 523 66 67

Intresseanmälan:

Namn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

**BILAGA 2. Informerat samtycke****INFORMERAT SAMTYCKE GÄLLANDE****UTVÄRDERING AV DROP-IN-VERKSAMHETEN PÅ DALA ABC**

Jag har muntligen informerats om projektet och tagit del av den skriftliga informationen. Jag lämnar mitt medgivande till att den information som lämnats under intervjun får användas som underlag för analys och utvärdering i psykologexamensuppsatsen kopplad till undersökningen. Jag gör detta helt frivilligt och känner till att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta deltagandet och begära att informationen om mig förstörs, utan att detta på något sätt påverkar min nuvarande eller framtida behandling vid Dala ABC.

---

Ort och datum

---

Namnteckning

---

Namnförtydligande

### BILAGA 3. Intervjuguide

Presentation – namn, utbildning, uppsats/syfte

Tidsram

Konfidentialitet (ljudinspelning, aidentifieras, 3 stycken, handledare, citat)

Avbryta när du vill/frivillighet, påverkar ej vård

Informerat samtycke

Fokus på Din upplevelse – inleder med frågor om dig

Förtydligande om drop-in (komma utan remiss, bara vara på mottagningen, delta i öppna grupper) Fokus på de två första!

Möjlighet att ta del av uppsatsen

#### INTERVJUGUIDE

Problembild/sjukdomsinsikt

Varför Dala ABC? Sökväg?

Kontakten på Dala ABC

Första kontakten

- Hur kom du i kontakt med Dala ABC och deras drop-in-verksamhet?
- Vilka var dina förväntningar/behov/önskningar innan du kom till mottagningen? Olika frågor!
- Hur såg din första kontakt ut med mottagningen? Hur upplevde du den? Hur såg din första kontakt på mottagningen ut? Upplevelsen av den?
- Vilken information fick du om Dala ABC:s drop-in-verksamhet? Hur reagerade du på den? Vad var det som gjorde att du provade den?

Tillgängligheten/drop-in

- Vilka delar av drop-in-verksamheten tar du del av?
- Hur upplever du att kunna komma drop-in? Vad är bra/positivt? Finns det något som är mindre bra? (*Bra och mindre bra delar i behandling. Hur upplever du det?*)
- Finns det något du saknar på mottagningen?
- Hur anser du att möjligheten till drop-in påverkar ditt mående?

Tidigare vårdkontakter

- Har du haft några tidigare vårdkontakter för din ätstörning? Hur har den/de sett ut?
- Hur skiljer sig Dala ABC:s drop-in-verksamhet från tidigare vårdkontakter?
- Vad betyder det för dig idag att det på Dala ABC finns möjlighet att komma drop-in?

Hur upplevde du samtalet?

**BILAGA 4. Teman (MM)**

## Ambivalens – rädsla

I intervjuerna framkom en ambivalent känsla. Respondenterna beskriver hur de pendlar mellan en vilja att bli frisk och en rädsla för hur det skulle se ut och vilka konsekvenser ett tillfrisknande skulle innebära. De beskriver en känsla av att veta vad som behöver göras för att må bättre och en stark vilja att förändra sitt liv. Parallellt med det påverkas patienterna av en rädsla inför och en tveksamhet till hur ett liv utan ätstörningen skulle se ut. Även om ätstörningen påverkar ens liv negativt är det ett liv respondenterna känner till, vilket i sig är en trygghet.

”Det är åtta år jag har haft det här. Det är rätt lång tid. Det känns som en del av mig och mitt liv. Samtidigt vill jag inte ha det så här. Det är jobbigt, man vet liksom inte hur ett normalt ätande och ett normalt liv är.”

I intervjuerna beskrivs en konflikt mellan viljan att bli frisk och rädslan inför att lämna det man känner till och hur patienterna pendlar mellan dessa två motpoler. I intervjuerna framkommer att patienterna måste förhålla sig till och hantera denna konflikt under tiden behandlingen pågår.

”Just den här kampen, att stå mellan att vilja bli frisk eller inte, man slits mellan den sjuka och friska världen och den sjuka världen är livrädd för det.”

”Det var skönt att få hjälp, samtidigt så var de sjuka tankarna livrädda.”

I intervjuerna berättar patienterna om hur ambivalensen gör att man tvekar på att söka hjälp och påbörja behandling, eftersom motivationen till att bli bättre påverkas av ambivalensen och rädslan för vad en förbättring skulle innebära. Respondenterna beskriver att det är en stor ansträngning att söka hjälp eftersom det på kort sikt innebär en del förluster och stora ansträngningar.

”Det kändes jobbigt. Det kändes som nu måste jag ta tag i det här. Nu finns det ingen återvändo. Fast ändå så kändes det ju bra för i långa loppet så blir det ju bra, men i korta loppet så kändes det jättejobbigt.”

## Normaliserande

Att söka behandling är ett sätt att säga att man är sjuk och behöver hjälp. Respondenterna beskriver vikten av att man som patient inte får en stämpel som konstig eller annorlunda, när man är på mottagningen. Ett centralt tema som uppkom är behovet av att få prata eller umgås med andra som befinner sig i liknande situationer. Det minskar känslan av utanförskap som respondenterna beskriver är en del av vardagen utanför mottagningen. I intervjuerna beskrivs vikten av att inte behöva känna sig ensam och som den enda som lider av de problem en ätstörning medför.

”Det kändes faktiskt som en lättnad på något sätt att se att man är faktiskt inte ensam om att ha det så här varje dag och att ta sig ur det här... .. då kändes det som att jag är inte ensam om att ha det så här. Det är fler som har det lika jobbigt, då kändes det bättre på något sätt.”

Respondenterna beskriver att en viktig del i att kunna arbeta med sina egna problem är att få ta del av andras upplevelser och svårigheter. Det, eftersom man får ett forum att prata om hur man faktiskt mår och även vara i en miljö där det är accepterat att må dåligt och ha svårt att hantera vardagen. Detta får de tillgång till både i de öppna grupperna men även i de situationer då de bara är på mottagningen, vilket är en del av drop-in-verksamheten.

”...sist jag var där var det en tjej som började grina, här verkar de inte bry sig om att visa att de faktiskt mår dåligt. För så gör man ju inte hemma eller inför kompisar. Man visar inte att man mår dåligt och det är väl det som är lättare.”

Att kunna vara på mottagningens drop-in-verksamheten och få möta andra i samma situation verkar bidra till att respondenterna upplever det som mer accepterat att få må dåligt. Respondenterna beskriver även att verksamheten verkar normaliserande, på så sätt att man som patient inte upplever sig som lika annorlunda och sjuk som på ett sjukhus eller inom psykiatri. Att få möjlighet att träffa andra med liknande problem och tillbringa tid med dem bidrar istället till känslan av att vara en person med ett problem som det går att göra någonting åt.

”Från att hela tiden känna att man är sjuk i huvudet och fel, jag gör ju fel hela tiden på grund av ätstörningen, och så får man komma hit när man vill och så och träffa andra. Jag vet inte, men man känner sig som en vanlig människa.”

”Man kände inte det här att gud jag är verkligen sjuk, utan det var mer nu ska jag göra någonting åt det här och det kändes bra.”

Det faktum att man kan komma till mottagningen utan att först gå via en läkare som ordnar remiss, utan man själv kan komma när man vill, minskar även känslan av att vara ”sjuk” och behöva klara en bedömning för att få hjälp.

”...läkare och så måste man få en remiss och så ska de göra en bedömning och sen så är det inom sjukhus, det känns väldigt sjukhus när man gör så...”

Ytterligare en faktor som visade sig i intervjuerna var att möjligheten till att vara anonym på mottagningen gör att det är lättare att söka vård. Att man kan komma drop-in och inte behöver uppge namn eller varför man är där gör att man inte märks ut på samma sätt som när man söker sig till vården via mer traditionella sökvägar.

”Det här att man kan vara relativt anonym och just det att jag behöver inte ha svart på vitt att jag är sjuk... ..man inte får en stämpel som när man är på sjukhus, alltså jag åker hit för att jag är sjuk och det står på papper och man möter massa vitrockar...”

#### Att ta steget och våga söka hjälp

I intervjuerna beskrivs att det kan vara ett stort steg att söka sig till vården och berätta att man har en ätstörning. Något som framkommer i intervjuerna är oron inför att inte bli tagen på allvar. Man är rädd att man, av sjukvårdspersonal, ska få höra att man inte är tillräckligt sjuk eller att man inte har en ätstörning.

”Jag var mest så här rädd för att jag skulle få åka hem igen och att, nej du passar inte in du är inte sjuk eller någonting sådant för det är så jag har blivit bemött tidigare.”

Det finns även en rädsla för att man inte ska passa in i någon av ätstörningsdiagnoserna och därför inte få tillgång till ätstörningsvården. Att få ett sådant mottagande när man söker hjälp är något som respondenterna har erfarenhet av ifrån tidigare vårderfarenheter.

”...för så har det varit tidigare när jag gått till läkare, ja men du passar inte in i det här facket så vi kan inte hjälpa dig, så har det varit så jag har nog inga problem...”

Att söka hjälp är ett stort steg och respondenterna beskriver vikten av att mötas när man har ork och då man vill få hjälp. Det är vid det tillfället man har motivationen och viljan att gå ifrån sitt problembeteende och göra en förändring. Att då istället mötas av att behöva vänta förmedlar både att man inte är på en akut sjukdomsnivå men det skapar även tillfälle att fundera kring om man vill ha hjälp och den ambivalens som respondenterna känner kring att gå i behandling kan göra att man sen inte är lika mottaglig för vård.

”... för när man bestämt sig för att nu, nu kör vi på det här. Då vill man att det ska gå så här (knäpper med fingrarna), men sen får man vänta då hinner man tvivla och tänka det kanske inte är så farligt.”

”Du behöver inte vänta i tre månader för att få någon hjälp utan du kan bara komma hit. Jag menar man kan få hjälp här och nu, det är trots allt ett himla stort steg att bara söka till en sådan mottagning, till att söka hjälp överhuvudtaget och då vill man ha hjälp på en gång, här och nu.”

Respondenterna beskriver att eftersom det är ett svårt och stort steg känslomässigt att söka vård underlättas den processen om det inte blir ett komplicerat administrativt steg samtidigt. Att inte behöva söka sig till behandling via remiss från en annan vårdinstans eller behöva vänta flera veckor på en första vårdkontakt, förmedlar att det inte behöver vara ett så svårt eller stort steg att söka hjälp och att det inte är något som gör att man automatiskt skrivs in på ett sjukhus eller i behandling.

”Jag tror jag hade dragit mig mer för att ringa någonstans och säga att jag behöver hjälp. Hit var det mer att jag gick och fick en rundvisning, det kändes inte lika allvarligt som att ringa och säga att hej jag är sjuk, liksom, jag behöver hjälp, för det var inte det jag gjorde när jag gick hit, utan jag kom hit och så fick jag en rundvisning här...”

”...utan att man kan komma hit och prata av sig och kanske reda ut hur det är ställt, utan remiss.”

”det är väl ett litet steg i tillfrisknandet att man tar det steget, det tycker jag, nästan. Man kan nästan lite jämföra det med en alkoholist som kanske är, till slut vågar ta hjälp för det.”

I intervjuerna beskriver respondenterna hur det faktum att man kan komma till mottagningen via drop-in och få vara anonym vid första samtalet bidrog till att de sökte hjälp. Att få vara anonym

och inte skrivs in i något system gör att steget till vården känns mindre stort, eftersom det blir mindre definitivt och man kan välja att komma till mottagningen och sen ta ett beslut för vad man vill göra.

”...så jag var så jäkla nervös över allting, men jag tyckte att det var jätteskönt att det inte var något telefonsamtal och det var inget, jag behövde inte berätta vem jag var och första gången när vi var här så kände jag att alla de som jobbar här behöver inte veta att det är jag utan det kan lika gärna vara någon av de andra två som är här och tittar. Så det var jätteskönt att man kunde vara alldeles anonym och känna efter.”

### Välkomnande och öppenhet

Ett centralt tema i intervjuerna är vikten av välkomnandet och bemötandet samt den öppna stämningen som finns på mottagningen. Respondenterna beskriver hur bemötandet på mottagningen bidrar till att det känns lättare att komma till mottagningen. Det påverkar dem även att fortsätta med behandling, eftersom de alltid möter personal eller andra patienter som ger stöd och hjälp på mottagningen.

”Varje gång jag har varit här känner jag mig mer peppad på något sätt. För man får stöd och hjälp att ta sig igenom det här. Man får någon att dela det här med...”

Att mottagningen är öppen, på det sättet att patienterna har möjlighet att komma till mottagningen genom drop-in och spendera tid i lokalerna tillsammans med andra, beskrivs som en viktig bidragande faktor till att patienterna vill komma till mottagningen och ta del av vad som erbjuds där. Att mötas av en välkomnande hållning från personalen bidrar även till en känsla hos patienterna av att vara värda att ta del av det mottagningen har att erbjuda. Man upplever inte heller att man är i vägen eller att man stör, vilket är en upplevelse respondenterna beskriver att de har med sig från tidigare vårderfarenheter.

”Du är inte välkommen på andra ställen att sätta dig i köket och dricka en kopp te, det är ju knappt att du ens får ett erbjudande om att få, men här är det standard. Jag vet inte, det är sådana små detaljer...man känner sig. Det känns som man är värd att vara här...”

”Man känner sig så otroligt välkommen, man är inte i vägen för någon, man får plats.”

I intervjuerna beskriver patienterna hur viktigt öppenheten och välkomnandet var för dem när de sökte vård på mottagningen. Patienterna uppskattade att de inte behövde uppfylla kriterier på vikt och liknande för att få ta del av behandling. Mottagningen är öppen för de som mår dåligt, oavsett hur ätstörningen yttrar sig, vilket var värdefullt för dem.

”...för det är ju det första...tidigare när jag varit hos läkare, ja vad väger du? Nja, du måste väga under det här typ. Och här var det liksom inget sådant, och det gav ett väldigt bra intryck...”

I intervjuerna beskriver patienterna även att det är viktigt att någon märker när man kommer till mottagningen och att man blir väl bemött.

”Den är verkligen öppen för alla och hela tiden. Jag har kommit hit någon gång när de har suttit i möte och då kommer någon, först M så klart och frågar vad man vill och så och om man vill sitta ner...”

#### Att få hjälp när man behöver det

Att kunna få hjälp när man behöver det är något som i intervjuerna beskrivs som en viktig del i att söka hjälp och kunna ta till sig av det som erbjuds. En svår del av att ha en ätstörning kan annars vara att inte ha någonstans att vara mellan man har inbokade samtal, när man mår dåligt. Att komma till mottagningen drop-in, när man har behov av det, är ett sätt att kunna hantera de svåra dagarna under tiden man är i behandling. Det ger en möjlighet till att göra andra saker än att vara hemma och må dåligt och en möjlighet att träffa människor och få vara del av ett socialt sammanhang.

”Mår jag riktigt dåligt och känner att jag skulle behöva någon att prata med nu eller vara i fred så har jag möjlighet att åka hit och bara sätta mig här eller kanske läsa eller lägga mig och vila eller göra något annat.”

”Det är skönt, är det så att jag mår jättedåligt någon dag så kan jag sätta mig i bilen och åka hit och även om F inte har tid så kanske det finns någon annan som har det.”

Att kunna komma till mottagningen när man har behov av det är också ett sätt att kunna gå vidare från sjukdomen. Det, eftersom det underlättar att sluta gå i samtal eftersom man vet att det finns något att falla tillbaka på, man kan komma tillbaka om man skulle behöva det. Man behöver inte vänta på att få en ny remiss eller ny samtalstid, utan har man ett behov av att åter komma i vård finns den möjligheten.

”För det har alltid varit väldigt stressande under de här åren när jag har mått väldigt dåligt så vet man inte hur illa det faktiskt kan gå, men nu känner jag att jag inte behöver vara rädd att jag ska stå helt ensam, för skulle jag börja må sämre så finns det hjälp här.”

”Det är skönt ändå, utifall att jag skulle få något återfall eller att jag skulle, då vet jag att jag bara skulle kunna gå hit på en gång och liksom få hjälp liksom, så det är ju, tillgänglighet är ju bra, absolut, och det är ju skönt att veta om det.”

En annan faktor som framkom i intervjuerna var att det är positivt att mottagningen erbjuder möjligheten att stanna kvar och ”bara vara”, eftersom det möter ett behov patienterna har av att få en möjlighet att varva ner någonstans och bearbeta det som sker i behandlingen, istället för att behöva åka hem eller någon annanstans och själv hantera det som är svårt.

”...för då (i öppenvårdspsykiatrin) går man ju hem direkt när samtalet är slut och då går man ju hem istället och grubblar. Det känns som att när jag går hemifrån så kan jag lämna det bakom, gå och liksom försöka tänka på annat.”

Respondenterna beskriver även att vetskapen, att man kan åka till mottagningen när man upplever att man har behov av det, gör att det är lättare att hantera tiden man är hemma. Att veta

att man inte behöver stå själv om man inte känner att man klarar det upplevs starka förmågan att hantera tiden hemma.

”...bara vetskapen att man får komma hit närsomhelst. Det gör ju att man mår bättre när man är hemma, att om det skulle vara någonting så finns det något.”

En problematisk sida med att man kan komma till mottagningen när man känner att man har behov av det, och inte för att man är anmäld till en grupp eller ett samtal är att patienten då själv måste kunna uttrycka det behovet och känna att det är accepterat att ta upp den platsen, vilket kan vara svårt.

”...alltså att om man har en svår dag så vet man att man kan gå hit... .. det där handlar ju också om att våga uttrycka sina behov och det är ju inte min starka sida, jag jobbar på det.”

#### Eget ansvar och på egna villkor

I intervjuerna beskriver respondenterna hur det faktum att mottagningen har drop-in och är en öppen verksamhet gör att behandlingen bygger på egna villkor och skapar frihet, men att det samtidigt innebär att man måste ta eget ansvar för sin behandling. Att själv ha möjligheten att välja vilka delar av drop-in-verksamheten man vill ta del av ses som ett sätt att själv få ta del av och ha kontroll över sitt tillfrisknande.

”Det var så här att jag nästan fick bestämma vad är det jag vill ha liksom och jag har aldrig varit med om det, utan tidigare har det varit så att det här erbjuder vi.”

Att få ha en viss valfrihet och kunna välja delar av behandlingen kan till och med vara avgörande för om patienten är intresserad av att ta del av behandling överhuvudtaget.

”...för hade det varit som en vanlig sjukhusmiljö och det krävdes remiss då hade jag aldrig varit här, aldrig. För man kan välja lite som man vill och inte känna att det är ett måste.”

Att kunna komma hit på en första träff genom drop-in på egna villkor är även ett centralt tema respondenterna återkommer till. Att kunna vara anonym vid första träffen och inte förbinda sig till något gör steget till att söka vård mindre, eftersom det sker på egna villkor. Man kan själv välja vad man vill göra med den information som man får och bestämma om man vill fortsätta att gå till mottagningen eller inte.

”Det kändes väldigt skönt och avslappnat inte så himla, det krävdes inte så mycket av en att, det var bara att komma på mina villkor liksom. Jag behövde inte gå in och prata med honom om jag inte ville och jag kunde liksom bara kunnat komma hit och gått vilket gör att det känns väldigt, ja men lugnt.”

Att själv ha friheten och möjligheten att välja vilka delar av drop-in-verksamheten man vill ta del av har varit avgörande för patienterna. Det, eftersom denna frihet ger känslan av att man själv är delaktig i sitt tillfrisknande och att man gör det för sin egen skull och inte för att någon annan har bestämt det. Respondenterna beskriver hur det skapar en känsla av individualitet där man själv

kan avgöra hur mycket av verksamheten man vill ta del av och vad man själv behöver för att må bättre.

”Att jag inte går hit för att någon tvingat mig utan för att jag själv vill. Och sen att det finns olika alternativ, att jag kan välja att det här vill jag gå på, det här vill jag gå på. Det är inte som att jag blir insatt i ett mönster så det här ska du göra och det här...”

I intervjuerna framkommer att respondenterna upplever det som att drop-in-verksamheten med dess grupper och tillgången till att bara vara på mottagningen gör att vården anpassas till individen. Upplägget blir mer flexibelt och anpassat till de olika personerna.

”Alla som har ätstörningar är ju väldigt olika och vissa kanske tycker att någonting inte alls passar och så kan man känna sig olika redo också för just den typen av verksamhet...”

#### Tillgänglighetens för- och nackdelar

Ett centralt tema i intervjuerna är vikten av att mottagningen är tillgänglig för dem. Att kunna komma och vara på mottagningen när man behöver det, kunna delta i grupper efter önskemål och få möjlighet att träffa personalen även utanför ens egna samtalstider bidrar till en känsla av trygghet och att man kan klara av att genomgå behandlingen som erbjuds. Att mottagningen är tillgänglig för patienterna även utanför de inbokade samtalen beskrivs som viktigt, eftersom det ger möjlighet att få ventilera och dela sina upplevelser med personal och andra patienter.

”Man känner sig inte som när man går till doktorn, du har 20 minuter på dig sen ska du vara ute, utan tar det längre tid så får det göra det.”

Att mottagningen är tillgänglig för alla och att man själv kan välja när man ska söka sig till mottagningen beskrivs som positivt, eftersom det gör att man inte behöver ta lika många steg för att komma i den vård man behöver. Det gör också sökvägen för att komma i behandling tydligare.

”Att det är så lätt att komma hit och att man själv kan, ja att det inte är krångligt helt enkelt och inte måste gå massa omvägar.”

Att grupperna är tillgängliga för alla och att man kan välja att delta eller inte gör att dagarna på mottagningen ser olika ut. Det gör också att innehållet i diskussionerna i grupperna och det umgänge man kan ha på mottagningen ser olika ut vid varje tillfälle, vilket upplevs som viktigt.

”Det är väldigt öppet så att man kan komma och gå, att det inte blir det här stängda att det är en viss grupp, att det är samma människor hela tiden, att man ser nya människor hela tiden tycker jag är skönt.”

Det finns även sidor som kan vara negativa med att mottagningen är så tillgänglig. En faktor som framkom i intervjuerna är att det gör att man aldrig kan veta vem som kommer vara med i grupperna eller vara på mottagningen eftersom den är tillgänglig för alla hela tiden.

”Jag tyckte det var jobbigt, att inte veta vilka som skulle vara där och att liksom bli sådär

uttittad och jag vet inte, tänk om det skulle kanske vara någon som man kände på något vis. Hade det varit en sluten grupp så hade det känts tryggare, alltså mer anonym och veta att folk inte kommer att snacka om det här på stan...”

Att ha tillgång till mottagningen utan att behöva anmäla sig till grupperna gör också att man kan välja att inte gå på det som man inte upplever att man behöver, vilket beskrivs som viktigt. Det ökar motivationen att delta i det som man faktiskt upplever att man utvecklas av och man behöver inte heller få dåligt samvete för det man väljer att inte gå på.

”Det är ju drop-in och det tycker jag är så skönt för jag tycker inte om att binda mig och boka upp för skulle det vara så att jag missade en gång så kan jag känna att de väntar på mig, då kan jag känna att jag förstör för gruppen och är så dålig som inte kan komma.”

Att mottagningen har drop-in-verksamhet och därför är öppen har även vissa nackdelar. Respondenterna beskriver att det kan vara jobbigt att inte kunna veta hur många som kommer att vara i lokalerna när de kommer dit och att det ibland kan vara väldigt fullt. Det gör att de drar sig för att komma till mottagningen ibland, eftersom de inte vet om de kommer kunna få lugn och ro.

”Ibland finns det inte riktigt någonstans att gå och sätta sig. Som nu är det lugnt här, men vissa gånger när jag har varit här har det varit väldigt mycket folk... ..men det är klart att är det rörigt så känner man sig stressad.”

**BILAGA 5. Teman (LA)**

## Ambivalens

Intervjurespondenterna beskriver ofta att ambivalensen inför att söka och ta emot vård är stor. De pendlar ständigt mellan att vilja ha hjälp och upplevelsen av att inte vara i behov av hjälp.

”...jag ville ha hjälp fast samtidigt inte, jag var väldigt tveksam...”

Många har svårt att se allvaret i sjukdomen och beskriver det som att de inte är sjuka utan bara behöver lite information och sen är de nöjda. För de med större sjukdomsinsikt finns det fortfarande en stor rädsla inför att söka vård, bli frisk samt vad det skulle innebära.

”...klart man är rädd...jag menar den sjuka delen säger ju en sak och en frisk del säger en annan sak så det är klart att det är dubbelt liksom...”

Det framkom att möjligheten att komma drop-in var en stor del i att de slutligen beslöt sig för att kontakta mottagningen. Sökvägen var enklare, vilket minskade steget till att faktiskt söka vård.

”...då var det jättebra, när jag behövde det för jag tror jag hade dragit mig mer för att ringa någonstans och säga att jag behöver hjälp. Hit var det mer att jag gick hit och fick en rundvisning, det kändes inte lika allvarligt som att ringa och säga hej jag är sjuk, jag behöver hjälp...”

”Alltså det var liksom inga problem, det var bara att komma hit och jag frågade vadå kan jag komma utan remiss? ...det var som att man bara, ok, jag har aldrig varit med om det så att det var nästan att det var för bra för att vara sant...”

”Jag vet inte om jag hade sökt hjälp om det inte hade varit så här...så jag kan nog säga att det är avgörande, jag vet inte hur det hade varit annars.”

Att det dessutom inte fanns någon väntelista när man väl vågat ta den första kontakten upplevdes som mycket positivt.

”Du behöver inte vänta tre månader för att få någon hjälp, utan du kan bara komma hit. Jag menar man kan få hjälp här och nu, det är trots allt ett himla stort steg att bara söka till en sådan här mottagning, till att söka hjälp över huvudtaget och då vill man ha hjälp på en gång, här och nu. Så är det ju inte på de andra ställena.”

”...helt fantastiskt att man kunde komma hit så snabbt, att man kunde komma hit utan remiss...”

## Vara anonym

Det framkom att möjligheten att man inledningsvis kunde vara anonym vid drop-in var en viktig faktor. Att komma till mottagningen utan att uppge namn, att istället få chansen att bara se sig

omkring, bli presenterad för personalen och få tid att känna efter om det känns rätt för en var viktig.

”...att jag kunde komma hit med mina vänner och ingen behövde veta att det var jag och jag kunde känna mig för utan att någon visste att det var jag som hade problem. Jag kunde känna själv att det här är en miljö som jag känner mig trygg i.”

Intervjurespondenterna upplevde det som en stor lättnad att slippa komma in genom dörrarna med en stämpel i pannan där det står ”jag är sjuk”. De beskriver även skamkänslor, vilket är ytterligare en anledning till varför det är svårt att söka hjälp. Anonymiteten underlättar detta.

”Behovet ökar ju för allt fler och fler ungdomar drabbas ju och det är inte alltid säkert att man inser att man är sjuk och inte vågar tala om det för sina föräldrar eller inte vill tala om det för någon och då kan man ju gå hit och berätta hur man känner...komma hit och prata av sig och kanske reda ut hur det är ställt, utan remiss.”

”...jag var så jäkla nervös över allting men jag tyckte att det var jätteskönt att det inte var något telefonsamtal och det var inget, jag behövde inte berätta vem jag var...”

#### Bli sedd

En viktig faktor som framkommer gällande bemötandet när man kommer drop-in, är upplevelsen att bli sedd och bekräftad för den man är. Andra hälsar på dem när de kommer och de känner att det är okej att ta plats, att vara där och att de betyder något. Alla är välkomna.

”Jag kände mig genast välkommen och man blev väl omhändertagen....det kändes jätteskönt, man kände sig väldigt trygg när man kom hit.”

”Man blev omhändertagen väldigt bra, man kände sig sedd här...”

”Man känner sig otroligt välkommen, man är inte i vägen för någon, man får plats.”

”Varje gång man kommer hit...de frågar om man vill ha kaffe eller te...alla är trevliga och hälsar och man känner sig väldigt sedd och bekräftad.”

”Jag har alltid känt att jag är i vägen för folk, men här, nu har de äntligen fått mig att förstå att det är okej att få hjälp, det är okej att inte be om ursäkt för att man finns, det är en positiv upplevelse.”

Intervjurespondenterna beskriver att de tidigare ofta upplevt att de inte blir tagna på allvar eller lyssnade till. Här följer några citat som beskriver några upplevelser från denna mottagning.

”Hittills är det ingen som har, vad ska man säga, dementerat det som jag känner och det jag tänker, att min upplevelse är min upplevelse.”

”...jag var en viktig människa och så har jag inte känt förut.”

”...X såg inte hur illa det var...det kändes om X tittade på mig och tänkte att jag inte mådde så himla dåligt...”

### Hoppfullhet

En annan faktor som framkom i bemötandet var det hopp intervjurespondenterna kände efter att de kommit drop-in. Intervjurespondenterna har haft sina ätstörningar i många år och upprepade gånger, både på egen hand och med hjälp av vården, försökt bli friska. I perioder har de mått bättre och till och med bra, men sedan fallit in i gamla mönster igen och även blivit ännu sjukare än tidigare. De beskriver en hopplöshet och hur man bara vill ge upp.

”...alltså jag var i botten...hade tappat allt men jag började få hopp då när jag kom hit och fick träffa dem...här var ingenting omöjligt...”

”...det känns att det är så positivt, positiv stämning, att det är hoppfullt liksom, en hoppfullhet, att man kan förändra.”

Genom att bli bemött med hoppfullhet och inställningen att en förändring är möjlig inspirerades de till att börja tro på sig själv igen och att man kan bli frisk och få leva det liv man önskar.

”De verkar mera tro att det går, att det är jag själv som bestämmer hur långt jag vill komma...”

”det är en sån otrolig öppenhet...är det så att ingenting fungerar så får man titta på vad som inte fungerar och ta en annan väg, det finns inget som är omöjligt, man känner hopp när man kommer hit och det skiljer sig otroligt mycket.”

### Normalisera

Ytterligare en faktor i bemötandet när man kom drop-in var normaliseringen av beteendena. Upplevelsen av att vara fel och annorlunda framkom under intervjuerna. Under sina sjukdomsår har intervjurespondenterna känt att de många gånger upplevts som udda och inte som andra ”normala” människor, dels på grund av bemötandet från omgivningen och dels som ett resultat av de egna skamkänslorna.

”Så fort man kom in hit var det en väldigt familjär stämning så det kändes väldigt skönt och lugnt och alla sådana här skamsna känslor försvann. Det var liksom helt ok och inget fel...”

”Här är man en person med ett problem, man är inte ett problem. För jag har alltid upplevt att, oavsett vart jag hamnat, det är att jag är ett problem som måste åtgärdas men det är det inte här.”

”Ute i samhället känner man sig ju väldigt annorlunda, det gör man liksom inte här...”

”Från att hela tiden känna att man är sjuk i huvudet och fel, jag gör ju fel hela tiden på grund av ätstörningen, och så får man komma hit när man vill och så och träffa andra. Jag vet inte men man känner sig som en vanlig människa.”

#### På egna villkor

En viktig faktor som framkom var upplevelsen av frivillighet. Drop-in-verksamheten bygger redan från början på frivillighet, att man kan söka hjälp när man vill, orkar och kan. Detta är något som sedan präglar hela behandlingsprocessen och är en viktig förutsättning för motivation och engagemang hos intervjurespondenterna. Det är viktigt att själv vara med och bestämma hur behandlingsplanen ska se ut och när olika insatser ska sättas in. En viktig del i frivilligheten är att man även får ta ett ansvar för sig själv, sin sjukdom och sin behandling. Runt omkring individen finns stöd, men det är de själva som bär huvudansvaret.

”...alltså det var såhär att jag nästan fick bestämma vad är det jag vill ha och jag har aldrig varit med om det...”

”...man kan välja lite som man vill och inte känna att det är ett måste.”

”...känna att jag väljer, ingen tvingar mig att vara här, för mig har det varit jättebetydelsefullt verkligen, annars hade jag inte suttit här kanske...”

Detta är en motivationsfaktor hos intervjurespondenterna, upplevelsen av att man är i behandling för att man vill och inte för att man måste. Behandlingsprocessen präglas ofta av mycket ambivalens, ångest och rädsla inför att bli frisk. Känslan av frivillighet gör behandlingsprocessen lättare att hantera och man kan ta det steg för steg. Känslan av tvång och maktlöshet resulterar tvärtom i olust och motstånd.

”...när jag gick på de här kunskapsträffarna och kände mig väldigt träffad, väldigt mycket, så kunde jag sakta men säkert ta till mig att här kan de förhoppningsvis hjälpa mig och känna att det inte är någon som tvingar mig, det är ingen som säger att jag måste vara här, jag är inte bunden, jag är inte fast.”

”Om man kommer in på ett ställe där man känner nu måste du följa med, nu måste du, då är det inte på ens egna villkor längre och då skriker den (ångesten) mycket starkare...men bara vetskapen att man kan dra sig ur när man vill eller man går där på egna villkor, det gör att det blir lättare att hantera. Man får växa mer i långsam takt och efter sina egna villkor lite..”

”Vill jag inte komma hit något mer från idag så bestämmer jag det. Skulle jag vara inskriven på ett sjukhus eller något sådant så bestämmer jag ju inte själv så det känns så fritt...jag hade som sagt aldrig gått till ett sjukhus eller en läkare...”

### Tillgänglighet/öppen mottagning

En central faktor är den stora tillgänglighet som beskrivs. Möjligheten att komma till och spendera tid på mottagningen utöver de individuella samtal man har eller de grupper man deltar i är värdefullt. Patienterna får på så sätt en chans att slappna av och få en lugn stund, antingen själva eller tillsammans med andra. Man kan ta en vilostund, läsa en bok, spela spel, samtala med andra patienter eller prata med någon i personalen som är ledig.

”Man kan vända sig hit utöver sina samtal som man har med sin kontaktperson... när man känner att det är jobbigt och behöver det, det är väldigt positivt för välmåendet.”

”De har öppet mycket...man kan vara här mycket, det är väldigt positivt för tillfrisknandet... man får en tid här men känner man att de tiderna ens kontaktperson har tid att träffa en inte riktigt räcker till, då vet man att man gå hit ändå och träffa någon.”

”Ja, hade det inte funnits så hade jag inte varit så här frisk, det säger jag nästan var och varannan dag...”

Extra värdefullt och uppskattat är det under de svårare perioderna, de dagar när man inte vill vara hemma ensam med sin ångest.

”Mår jag riktigt dåligt och känner att jag skulle behöva ha någon att prata med eller vara i fred så har jag möjligheten att åka hit och bara sätta mig här och kanske läsa eller lägga mig och vila eller göra något annat.”

”...just bara det att de sa att man kunde komma hit och hänga det var också väldigt skönt, så slipper man sitta hemma själv när man får sina jätteångestattacker, då kan man gå hit...det betyder hur mycket som helst.”

Tillgängligheten innebär att mottagningen är öppen för alla patienter som vill och kan spendera tid där. Detta innebär att det ibland kan bli många personer på liten yta och citatet nedan illustrerar en sådan upplevelse.

”...någon gång kanske det har varit väldigt många och det har blivit trångt och då kan det ju vara en nackdel att inte alla kanske får säga det de vill...då kan man ju inte få samma känsla av att bli sedd som man kanske behöver när man kommer hit.”

Även miljön spelar en viktig roll i varför man väljer att komma till mottagningen och spendera tid där utöver sina inplanerade besök. Den upplevs som ombonat och varm och bidrar till ett lugn som är en del av tillfrisknandet, förmågan att kunna slappna av och inte ständigt drivas av den ångest som de dagligen kämpar med.

”Det var skönt, det är lugnt här och man kan slappna av på något sätt.”

”Ja det var ju väldigt ombonat och fint här...det var en väldigt varm känsla jag fick här, väldigt trevligt.”

”Det jag var mest glad över var att det inte var såhär sjukhusaktigt, sterila salar och sådär.”

### Öppna grupper/dela erfarenheter och upplevelser

En del av den öppna mottagningen är de öppna grupperna, dit kan man komma drop-in när man känner att det är något som är intressant och givande. En betydande faktor är tillfället man erbjuds att träffa andra med liknande problem. Intervjurespondenterna beskriver att de ofta känner sig ensamma i sin sjukdom och att dem i de öppna grupperna får chansen att ta del av andras erfarenheter och upplevelser och känna en samhörighet.

”...man kan ju känna sig väldigt ensam och att man är väldigt själv om det, men då inser man att det finns många andra som har samma problem, man är inte ensam om det.”

”just att träffa andra tjejer som är i samma situation...det har varit jättegivande...”

Att man även kan komma dit utan att behöva delta aktivt upplevs som positivt, att man är lika välkommen även om man vill säga något, det baseras på frivillighet från början till slut.

”Det är också en väldigt lättsam stämning...man kan bara komma som man är och man behöver inte prata om man inte vill och vill man så gör man det, ja det är väldigt familjärt...det känns som att alla känner varandra, sådär kamratiskt. Det är inte tungt så.”

Att träffa andra i samma situation och berätta om sina erfarenheter, tankar och känslor kan även vara påfrestande och läskigt på flera olika sätt. Dels kan det vara något helt nytt som man aldrig gjort tidigare och dels så kan det vara jobbigt att höra på andras berättelser för att det sätter igång mycket tankar.

”Man är väldigt rädd för att öppna sig när man inte har gjort det direkt för någon, och just så många. Men det gick över rätt så fort för man märker att alla andra känner precis likadant.”

”Jag hade svårt att gå hit, att träffa andra för det var så otroligt laddat för mig själv och jag tyckte det var jobbigt att sitta och höra andra människor prata om sina problem och så, men det släppte mer och mer. Men det var jobbigt i början så för mig var det inte så enkelt att gå hit på drop-in, det var det inte.”

”Det som jag kan tycka känns jobbigt med grupper det är ibland om det kommer tjejer som är smalare...det kan trigga mig lite...två sjuka som är tillsammans, ja det är lätt att dra ner varandra..”

”...jag kände att jag inte ville träffa någon annan liksom. Jag orkade inte med någon tanke om att vara med i någon grupp med flera, jag ville prata själv.”

En annan aspekt är att det kan komma väldigt många, just på grund av att det är en öppen grupp, vilket kan upplevas som jobbigt.

”...ibland kan det komma 15-20 och då blir det ingen gemenskap, det är som att sitta i en skolklass med mycket mindre prat ifrån oss, der blir mest de som håller i gruppen som pratar, jag blir väldigt tyst...”

#### Vetskap om att hjälp finns att få/trygghet

En central faktor är vetskapen om att möjligheten finns att komma till mottagningen och bara vara där om behovet finns. Denna vetskap är i sig en trygghet för intervjurespondenterna vilket gör att behovet därför inte är lika stort som om de inte haft ett alternativ.

”...att ha möjligheten att komma hit, om man behöver...ja när som helst...det ger en trygghet att veta det liksom.”

”Det är ju skönt att veta att det är öppet och tillgängligt, så jag kan åka när jag vill....om det inte hade varit så hade jag säkert behövt det mer men nu när jag har möjligheten så, ja då kan jag vila i det att det finns om jag behöver.”

En annan aspekt av trygghet är vetskapen om att hjälp finns att få om man börja falla tillbaka i sjukdomen och i gamla mönster. Att det är tydligt vart man skall vända sig ifall behovet finns och dessutom att då få omedelbar hjälp är en enorm trygghet som de kan vila i. De behöver inte gå runt med en oro för vad som kommer hända ifall de börjar må sämre igen, tankar som är ofta förekommande.

”Skulle jag börja må riktigt dåligt igen så finns det folk som står bakom och tar emot mig...nu känner jag att jag inte behöver vara rädd att jag ska stå helt ensam, för skulle jag börja må sämre så finns det hjälp här.”

”Det är nog att jag känner att jag inte står ensam i det. Att om jag behöver hjälp så finns det hjälp. Det gör att jag kan släppa tanken på problemet tror jag.”

#### Platsa/värd vård?

Intervjurespondenterna beskriver hur de känt en stark osäkerhet kring om de är tillräckligt sjuka eller inte för att få hjälp. En viktig faktor som framträder är vikten av upplevelsen av att vara värd vård, att det inte handlar om att man skall ha en viss vikt eller ett tillräckligt lågt BMI-värde för att få hjälp, utan att komma drop-in innebär att alla är lika välkomna oavsett typ av ätstörning.

”Jag var mest rädd för att jag skulle få åka hem igen och att, nej du passar inte in, du är inte sjuk eller någonting sånt för det är så jag blivit bemött tidigare...”

”...tidigare när jag gått till läkare, ja men du passar inte in här facket så vi kan inte hjälpa dig...”

”Som sagt jag trodde ju helt klart att jag skulle få åka hem och att det inte skulle vara något mer utan att jag skulle känna mig dum för att jag kom hit och tog deras tid...men de tyckte

jag var en prio ett så de fixade tider till mig samma vecka...det har varit en sådan otrolig räddning och trygghet.”

”...det är viktigt att veta att de alltid ställer upp...för jag har alltid trott att jag kommer inte få hjälp för jag väger inte 30 kilo.”

En tidigare erfarenhet från vården illustreras genom detta citat:

”...då så fick jag säga hur lång jag var och hur mycket jag vägde och lite sådär och då var jag fortfarande inte över gränsen för BMI och då sa dem nej då kan du inte komma hit och så hänvisade dem mig till något nytt nummer. Jag tror jag ringde och så fick jag inget svar och då orkade jag inte mer...”

En annan aspekt av detta är rädslan inför att inte få stanna kvar i behandling på grund av att man inte genomgått de förändringar som krävs eller förbättrats tillräckligt mycket, exempelvis att man inte gått upp ett visst antal kilon.

”Jag var livrädd att de skulle säga att du inte har gjort några förändringar för det var vad jag var van vid så att vi kan inte hjälpa dig, men de har aldrig någonsin sagt det...”

”...att man inte blir dömd för att man kanske inte gör så stora framsteg, att det får ta tid, jag är inte van vid det, jag är van vid att om du gör inga framsteg så vi kan inte hjälpa dig. Man får liksom hitta olika vägar.”