

Familjeterapi på barnklinik

Hur påverkas utnyttjandet av slutenvård?
Vad tyckte familjerna om behandlingen?

Per A Gustafsson

I en retrospektiv studie undersöktes hur familjeterapiorienterad Barn och Ungdomspsykiatrik (BUP) -behandling av 42 barn med psykosomatiska och somatiska sjukdomar påverkade dessa barns utnyttjande av pediatrik slutenvård. Dessutom undersöktes familjernas attityder till behandlingen.

I 32 fall minskade antalet vård dagar mer hos de BUP-behandlade barnen jämfört med matchade kontroller, i 8 fall minskade kontrollerna mer. Antalet vård dagar minskade med 75 % för de BUP-behandlade barnen och totalt minskade deras sjukvårdskostnader med 15 %.

De flesta familjer hade ingen bestämd uppfattning om BUP före behandlingen. Hos majoriteten förändrades attityderna till mer positiva efter behandlingen. Omkring 2/3 upplevde att de fått hjälp och kände sig förstådda. De skulle vilja ha liknande behandling igen, om behov skulle uppstå och rekommenderade gärna behandlingen till andra familjer i liknande situation.

Sammanfattningsvis innebar BUP-behandlingen i de evaluerade fallen positiva effekter för barnen samtidigt som sjukvårdskostnaderna minskade.

Per A Gustafsson är doktorand vid Barn och ungdomspsykiatriska kliniken vid Regionsjukhuset i Linköping och läkare vid BUP mottagningen i Mjölby.

och 60 %. De ekonomiska effekterna märktes framför allt som minskning av slutenvårdskostnader, medan däremot öppenvårdskostnaderna påverkades i mindre grad. Den psykologiska behandlingen varierade från psykoanalys till "känslomässigt stöd", men i de flesta studierna rörde det sig om dynamisk, individuell korttidspsykoterapi. Familjeterapi undersöktes bara i en studie. Barn ingick endast i några få studier, men inte heller i dessa gjordes någon speciell utvärdering av barnens situation.

I början av 1950-talet (2–5) började man bli medveten om de allvarliga psykologiska konsekvenserna av att skilja små barn från deras föräldrar i samband med sjukhusinläggning. Sedan dess har inom pediatriken funnits en strävan att undvika sjukhusinläggning och i stället sköta barnen i öppen vård, parallellt med att man försökt minska den psykologiska stressen i samband med inläggning. Så långt det är möjligt instrueras föräldrarna hur de ska sköta och medicinera sina barn i hemmet. Genom detta har inläggning på sjukhus av barn minskat både vid akuta och kroniska sjukdomar (6).

Om föräldrarna å andra sidan, är insufficianta och inte klarar av att sköta det sjuka barnet på ett bra sätt kan detta bli en relativ indikation för inläggning (7). Föräldrarnas (eller hela familjens inkluderande föräldrar, syskon och det sjuka barnet) insufficiens kan bero på t ex; 1/sjukdom hos föräldrarna (somatisk eller psykiatrisk); 2/ psykologisk kris i familjen (t ex på grund av att någon viktig anhörig dött, skilsmässa, arbetslöshet); 3/ oförmåga att utföra den medicinska behandlingen (t ex att familjen nått gränsen för sin förmåga på grund av utmattning, eller brist på sömn, oförmåga att förstå vikten av

Under sista 20 åren har ett flertal studier ägnats frågan hur psykoterapi påverkar utnyttjande av medicinsk vård. Mumford m fl (1) studerade litteraturen och fann 58 kontrollerade studier. I 85 % av dessa minskade utnyttjandet av medicinsk vård efter psykoterapi, framför allt sågs effekter på slutenvård. Antalet vård dagar minskade med mellan 15 %

behandlingen, misstro mot behandlingen); eller 4/ oro och ångest i familjen på grund av andra skäl som förvärrar symtomen i en ond cirkel.

Att ta ställning till om den medicinska behandlingen kan utföras på ett bra sätt av föräldrarna i hemmet är alltså en viktig del av akut barnmedicinsk bedömning. Och föräldrarnas kompetens och förmåga att ta hand om barnens sjukdom påverkar behovet av inläggning på barnklinik.

Arbetshypotesen för denna retrospektiva studie av konsumtion av barnmedicinskt slutenvård efter familjeterapioorienterad barnpsykiatrisk behandling var att behandlingen, som syftade till att öka familjens kompetens på alla områden, skulle minska behovet av barnmedicinsk slutenvård i framtiden. I en tidigare studie (8) noterades en sådan tendens. Det bedömdes också som angeläget att undersöka familjernas attityder till behandlingen.

Metoder

Sedan 1978 arbetar ett barn- och ungdomspsykiatriskt (BUP)-team i nära samarbete med barnkliniken vid regionsjukhuset i Linköping (RiL). Teamet består av barnpsykolog, kurator, underläkare och leds av en av BUP-klinikens överläkare. Alla remisser från barnkliniken tas omhand av detta team. Målsättningen är dels att stödja barnkliniken personal och läkare i behandlingen av psykologisk problematik, dels att på ett smidigt sätt ta över behandlingen för barn som kräver specialiserad BUP-vård. De arbetsmetoder som används kan kort sammanfattas på följande sätt;

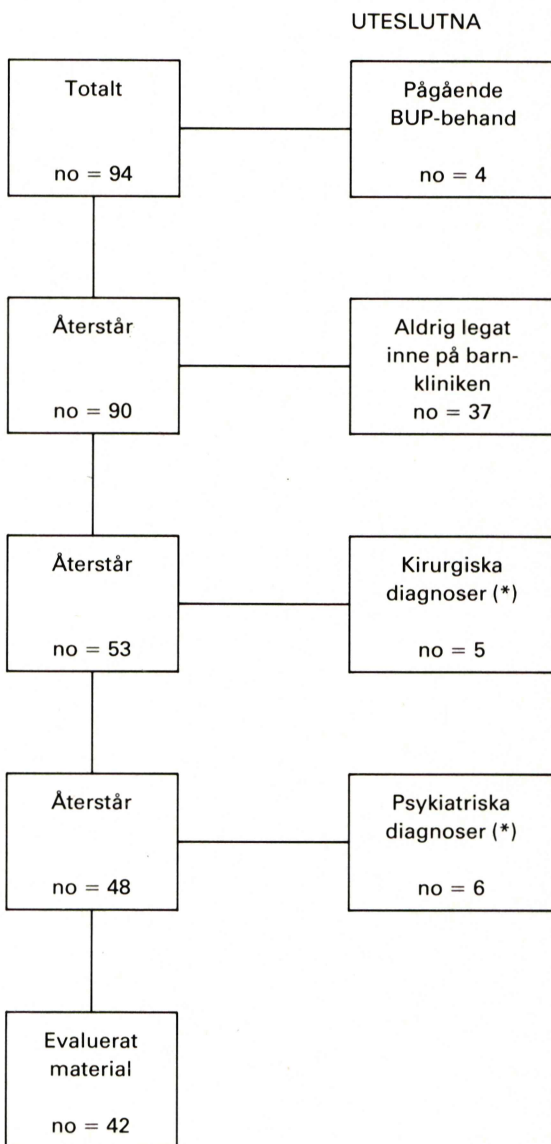
- 1.Handledning av avdelningspersonalen i grupp med fokus på barn på avdelningen med psykologiska problem samt viss undervisning i barnpsykologi;
- 2.Familjeterapi med hela familjen eller delar av den (9, 10).
- 3.Individualterapi med vissa barn.

Material

Alla barn som remitterades till BUP-teamet under en 5-års period undersöktes, totalt 94 st. Av dessa utvaldes 42 barn som vårdats inom pediatrik slutenvård för denna studie (se flödesschema i figur 1).

Figur 1. Exklusionskriterier

(*) Fem fall las in för kirurgisk behandling och 6 för barnpsykiatrisk problematik. Dessa 11 fall uteslöts då det ansågs uppenbart att inläggningen på barnkliniken var en engångsföreteelse och att BUP-behandlingen rimligen inte kunde få något avgörande inflytande på eventuella kommande inläggningar.



Medelåldern när behandlingen började var 6,7 år (1–16 år, medeltal 7 år), 23 var pojkar och 19 flickor. I den jämförande studien (se nedan) gick inget relevant kontrollmaterial att uppbringa för 2 fall

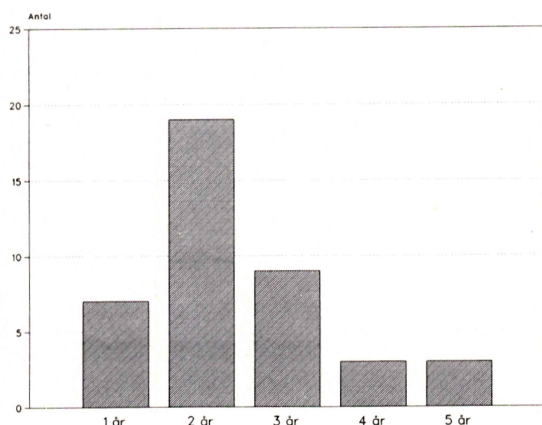
(vertigo och ulcerös colit). På grund av detta ingår enbart 40 fall i denna delstudie. I uppföljningsenkäten (se nedan) vägrade 2 mödrar att besvara frågorna. 2 familjer hade flyttat och var omöjliga att nå, varför 38 kom att undersökas. Dock har de 2 mödrar som vägrade svara räknats in i resultaten som om de hade haft en negativ syn på BUP-kontakten då detta synes troligt som orsak till att de ej ville besvara enkäten. På så sätt blev det möjligt att bedöma alla fall utom 2.

Mätmetoder

BUP-materialet

För varje barn registrerades antalet vård dagar på barnkliniken under en uppföljningsperiod efter BUP-behandlingen och, för varje barn, under en lika lång period innan behandlingen startades. Därefter beräknades medelvärden per år samt skillnaden i vård dagar före (period 1) respektive efter BUP-behandlingen (period 2) (figur 2).

Figur 2. Follow-up tid i år för BUP-behandlade barn.



Kontrollmaterial

För varje barn samlades ett kontrollmaterial bestående av samtliga barn som fått sluten vård med samma diagnos som respektive "BUP-barn" vid barnkliniken RiL under en tio-års-period in.

Kontrollbarnen matchades för ålder och antalet

vård dagar registrerades för motsvarande perioder enligt ovan och skillnaden mellan period 1 och period 2 noterades.

1 Jämförande studie

Skillnaden i vård dagar mellan BUP-barnen före och efter behandling jämfördes med skillnaden i kontrollmaterialet för motsvarande perioder. Dessutom jämfördes antalet vård dagar för BUP-barnen året innan behandlingen startades med medelvärdet för samtliga barn med samma diagnos och ålder. Standarddeviationen (SD) beräknades på kontrollmaterialet och en andra jämförelse gjordes mellan de fall där antalet vård dagar i både BUP-gruppen och kontrollmaterialet låg inom ± 1 SD. Detta för att undvika att en minskning av slutenvård hos BUP-gruppen skulle kunna bero på överkonsumtion före behandlingen.

2 Cost – effectiveness studie

Antalet familjeterapi- och individualterapisamtal noterades liksom om avdelningspersonalen fick handledning på fallet. Enligt RiLs ekonomiavdelning kan kostnaden för ett familjeterapisamtal beräknas till 2060 kronor (lön 1896 kr, kapitalkostnader för byggnad 82 kr samt utrustning 11 kr, adm kostnader 73 kr), för ett individuellt samtal och för en handledningssession med avdelningspersonalen till 798 kr (lön 632 kr, kapitalkostnader för byggnad 82 kr och utrustning 11 kr, adm kostnader 73 kr).

Majoriteten (över 80 %) av inläggningarna skedde på barnkliniken icke infekterade utredningsavdelning. På denna avdelning var de fasta vårdkostnaderna totalt 1 713 kr/dag (löner 1 244 kr, kapitalkostnader för byggnader 180 kr och för lekterapi och skola 30 kr). De rörliga kostnaderna som var aktuella vid behandling av BUP-barnen beräknades totalt till 370 kr/dag (förbrukningsmaterial 46 kr, mat 45 kr, tvätt 19 kr, kem lab 87 kr, medicin 58 kr och diverse 115 kr). Sålunda var den totala vård dygnskostnaden 2 213 kr. Denna avdelning används huvudsakligen för planerade inläggningar för utredning, och lediga platser utnyttjades omedelbart för sådan vård.

3 Uppföljningsenkät

En halvstrukturerad telefonintervju med modern gjordes av en oberoende intervjuare minst ett år efter det att behandlingen avslutats. Frågor ställdes retrospektivt rörande attityderna till barnpsykiatri (före och efter behandling), om familjen upplevde att de hade blivit förstådda och man tagit deras problem på allvar, om de ansåg att de fått hjälp, om det hade skett positiva förändringar i familjen som helhet, hos föräldrarna eller hos barnet efter behandlingen, om familjen ville konsultera BUP-teamet på nytt om nya problem dök upp och slutligen om familjen skulle rekommendera behandlingen åt andra. Förändringar i attityder noterades också. Jämförelser gjordes mellan positiva svar i förhållande till oförändrade/tveksamma och negativa. Dessutom skattade terapeuterna om behandlingsmålen uppnått på en tregradig skala – målen helt uppnådda, målen uppnådda till en del, målen inte alls uppnådda – och dessa skattningar jämfördes med mödrarnas attityder till behandlingen. I några fall hade föräldrarna uppfattningen att deras barn inte haft några psykiatriska problem och på grund av detta blev vissa frågor inadekvata. I dessa fall noterades svaren som "saknas".

Statistiska metoder

För jämförelser mellan behandlade barn och kontroller samt förändringar av attityder över tid användes teckentest (enkelsidigt), medan övriga enkätsvar bearbetades med Chi-2-test (enkelsidigt) (11).

Resultat

1. I 32 av fallen minskade antalet vård dagar mer i BUP-gruppen än i kontrollmaterialet, i 8 fall var förhållandet det motsatta (figur 3). Denna skillnad är statistisk signifikant ($p < 0,001$). Antalet vård dagar minskade totalt med 75 %.

I BUP-gruppen var medelvärdet under period 1 11,7 vård dagar per år och i kontrollmaterialet 6,4. SD i kontrollmaterialet var 3,2 vård dagar per år. Antalet vård dagar hos BUP-barnen före behandlingen var >1 SD större än kontrollernas hos ungefär hälften av gruppen. I ungefär 1/3 av fallen var antalet vård dagar jämförbart mellan BUP-grupp

och kontrollmaterial medan i 18 % av fallen BUP-barnen hade mindre vård dagar. När jämförelse gjordes för de 13 fall där antalet vård dagar var jämförbart mellan BUP-grupp och kontrollmaterial (dvs skillnaden $< \pm 1$ SD) visade det sig att BUP-barnens vård dagar efter behandling minskat mer i 11 av fallen ($p < 0,025$).

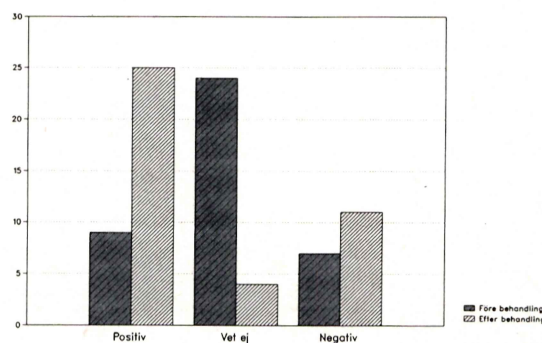
2. Totalkostnaden för BUP-behandlingen var 651 580 kr. Minskningen av pediatrik slutenvård gav en ekonomisk vinst på 770 124 kr. Den totala ekonomiska effekten blev alltså en minskning av medicinska vård kostnader med 15 % (tabell 1).

Tabell 1 Cost-Effectiveness Data

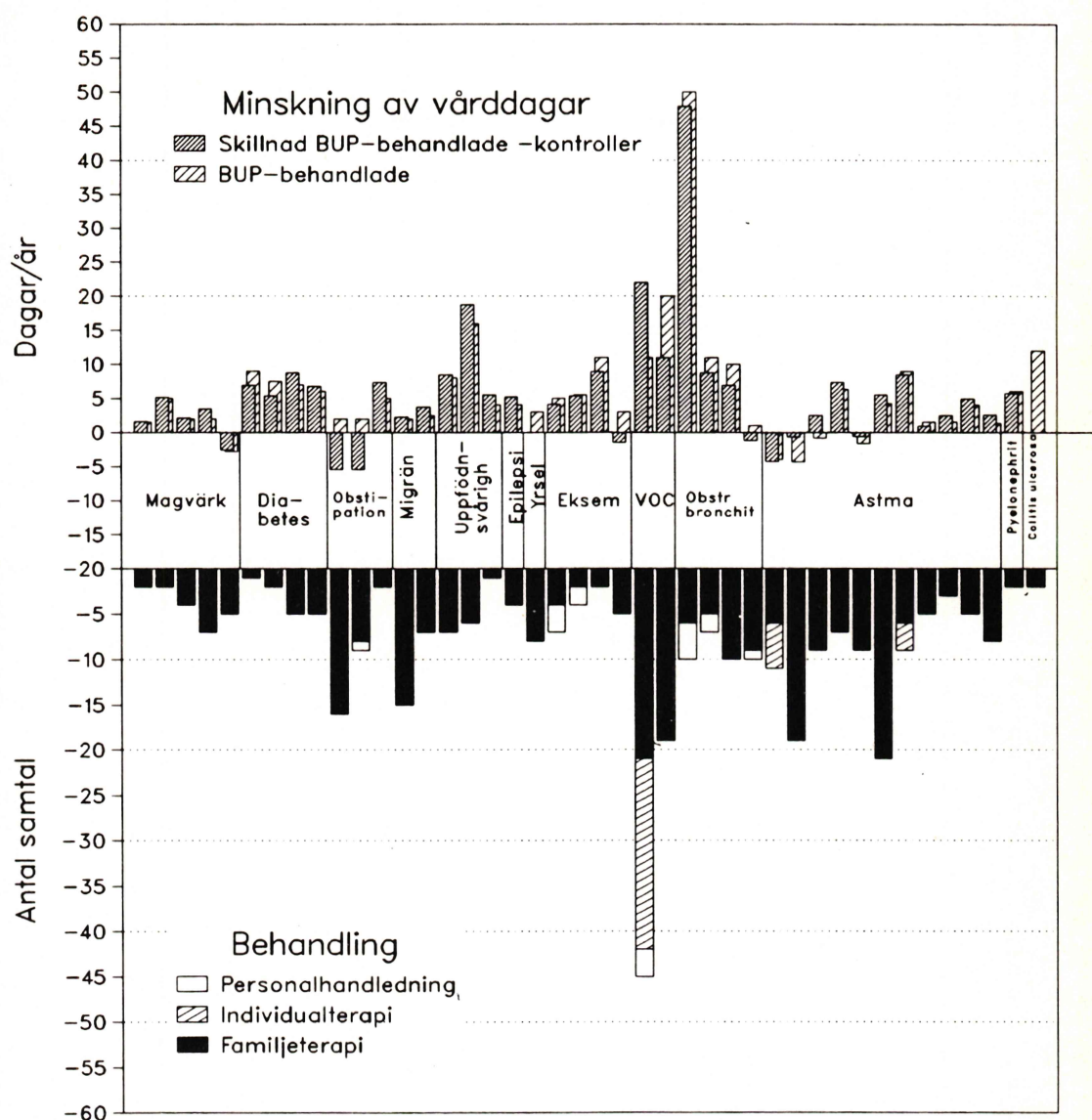
Minskning av pediatrik slutenvård:		
348 dag	= $348 \times 2\,213:-$	= 770 124:-
Behandlingskostnader:		
292 familjeterapisamtal	= $292 \times 2\,062:-$	= 602 104:-
46 individual-terapisamtal	= $46 \times 798:-$	= 36 708:-
16 personalhandledning	= $16 \times 798:-$	= 12 768:-
Summa behandlingskostnader		= 651 580:-
Total kostnad:	770 124:- - 651 580:-	= 118 544:-
		= 15 % minskning

3. De flesta föräldrarna hade ingen uttalad åsikt eller var negativt inställda till BUP före behandling. I majoriteten av fallen förändrades attityderna till att bli mer positiva efter behandlingen (mer positiva i 22, oförändrade i 8 och mer negativa i 10 fall, $p < 0,05$, tabell 2 och figur 4). Ungefär 2/3 beskrev behandlingen positivt, de kände att de blev för-

Figur 4. Attityder till Barn och Ungdomspsykiatri före resp. efter behandling.



Figur 3. Förändring av antal vård dagar efter behandling/kontrolltid. Varje barn och dess kontroller redovisas för sig, både vad gäller förändring av vård dagar och behandlingsinsatser.



stådda och att de fått hjälp ($p < 0,025$). De kunde tänka sig att kontakta teamet på nytt om nya problem uppstod ($p < 0,01$) och ville gärna rekommendera behandlingen åt andra ($p < 0,025$). Vad beträffar förändring i familjen, hos föräldrar och hos barnen var förbättring mycket vanligare än försämring, men 2/3 beskrev sig som oförändrade. Problemlösningsförmåga ansåg man vara förbättrad i 16 fall

medan 8 menade att den försämrats (n.s). Se tabell 2.

Föräldrarnas attityder var positiva i de fall där terapeuterna ansåg att behandlingsmålen uppnått och negativa i de fall där behandlingsmålen ej uppnått. I de fall målen uppnått till en del, var föräldrarnas attityder negativa i hälften och positiva i hälften av fallen.

Tabell 2 Resultat från uppföljningsintervju

	Ja- i hög grad	Ja	Tveksam/ Oföränd- rad	Nej	Nej, inte alls	Bort- fall	p (positiv/ oföränd- rade + negativ)
Förstod teamet							
Era problem	8	14	2	3	5	8	<0.025 (22/10)
Fick Ni hjälp	10	10	2	9	2	7	n.s. (20/13)
Positiv förändring							
– i familjen	5	7	24	0	0	4	n.s.
– hos föräldrar	5	7	23	1	0	3	n.s.
– hos barnet	6	9	19	0	0	6	n.s.
Bättre problem- lösningsförmåga	9	7	10	1	7	6	n.s.
Skulle Ni söka samma hjälp igen	11	16	6	3	3	1	<0.01 (27/12)
Skulle Ni rekommendera behandlingen till andra	12	14	7	2	4	1	<0.025 (26/13)

Diskussion

Materialet inkluderar alla konsekutiva fall som remitterats till BUP-teamet under en 5-årsperiod och måste anses vara representativt för sådana fall där barnläkare anser BUP-behandling vara värdefull som tillägg till den medicinska behandlingen (tex när psykologisk problematik är uppenbar eller när den medicinska behandlingen ej ger förväntat resultat). Det nära samarbetet förhindrade att några patienter föll bort under remitteringsprocessen. Det kan förväntas att utnyttjandet av medicinsk vård är högt innan ett barn remitteras för BUP-behandling som en följd av samma problem som motiverar remitteringen. Detta synes stämma för detta material, men när de fall jämfördes där vårdutnyttjandet var jämförbart mellan BUP-fall och kontrollmaterial var resultatet till BUP-fallens fördel ännu mer övertygande. Det positiva resultatet verkar därför inte kunna förklaras genom statistisk regression mot medelvärde.

I denna undersökning koncentrerades intresset på slutenvård, då de ekonomiska effekterna förvän-

tades vara störst där. Vid jämförelserna har absoluta belopp i kronor använts för att få en uppskattning av cost-effectiveness-aspekterna av denna nya behandlingsform. Det är något artificiellt då i verkligheten det frigjorda utrymmet för barnmedicinsk vård använts för angelägen vård av andra barn, samt att BUP-teamet i verkligheten inte skapats genom tillskott av resurser utan genom omfördelning inom givna ramar. Frågan kan också väckas om förändringen från slutenvård på sjukhus till öppen vård i hemmet skapat några extra kostnader. Detta är en viktig fråga då man inom pediatriken ofta försöker förebygga akuta inläggningar genom stöd och utbildning vid mottagningen. Dock kan våra resultat ej närmare belysa detta. Förmodligen har föräldrarna stannat hemma från arbetet för att ta hand om sina barn hemma vid sjukdom men å andra sidan är det vanligt även vid inläggning av barn att föräldrarna är med och utgifter för resor o dyl i samband med inläggningar bör ha minskat. Möjligen kan utnyttjandet av BVC-rådgivning ha ökat.

Enkätsvaren talar mot att man undvikit sjukvården för att inte riskera att på nytt remitteras till BUP. Inte heller förefaller minskningen av slutenvård kompenseras av ökat utnyttjande av öppenvårdsresurser. Resultaten är alltså i överensstämmelse med litteraturen (1).

Dessa familjer sökte barnmedicinsk vård för vad de ansåg vara fysiska problem hos sina barn. Att 2/3 uppfattade BUP-behandlingen som värdefull och skulle söka BUP på nytt vid behov måste ses som ett mycket positivt resultat.

I ungefär 1/3 av enkätsvaren beskrevs BUP-behandlingen som en negativ erfarenhet. Sådana negativa attityder var lika vanliga i slutet som i början av undersökningsperioden. Ökad erfarenhet hos terapeuterna verkar således inte kunna förhindra detta.

Kritiken kunde delas in i två huvudgrupper; missnöje med remitteringsprocessen samt en obehaglig känsla av att bli granskad av terapeuterna och betraktad som "dålig" förälder.

I den första gruppen var föräldrarna missnöjda med den fysikaliska undersökningen och menade att barnläkaren hade negligerat fysiska symtom. Enligt deras åsikt hade inte heller skälen för BUP-remissen förklarats tydligt nog. Denna kritik understryker betydelsen av barnläkarens kommunikation i samband med remittering. Det krävs känslighet och öppenhet för oro om den fysiska hälsan och diskussion med föräldrarna om vilka undersökningar som har gjorts och eventuellt ytterligare behöver göras samt att tydligt förmedla att BUP-bedömning eller behandling behövs som komplement till den barnmedicinska vården (12).

När en familj remitteras till BUP uppfattar föräldrarna lätt terapeutens frågor och hela situationen som att föräldrarna anklagas för att ha orsakat barnens symtom. Föräldrarna har ofta inställningen att "det är nå't fel på barnet" och vill att det ska "botas", medan terapeuten söker en dynamisk och transaktionell förståelse av problematiken. Denna inledande fas, som ofta benämns "upprättande av en working alliance", är en essentiell men känslig punkt i all psykoterapi och ställer stora krav på takt och skicklighet hos terapeuten. Den underliggande orsaken till de misslyckade kontakterna i denna studie kan vara att den basala misstron hos dessa fa-

miljer (tex på grund av tidigare negativa erfarenheter av vård, negativa attityder och barnets symptom) aldrig kunde överbryggas och vändas till tilltro för terapeuterna.

Många av de föräldrar som efter behandlingen hade positiv attityd beskriver en process där osäkerhet och misstro vänds till tilltro, "Från början trodde vi att vi skulle träffa en barnpsykolog för att denne skulle undersöka om vi kunde accepteras som föräldrar. Efter det första besöket var pappa arg, modern och patienten grät och brodern förvirrad. Senare lärde vi oss förstå mer om oss själva, började diskutera hemma och visade varandra mera känslor" som en förälder berättade i enkäten.

Att utnyttjandet av barnmedicinsk slutenvård minskade efter familjeterapi kan förstås på detta sätt: när barnläkaren remitterar till BUP omdefinierar han samtidigt problematiken (barnets symptom) från medicinskt till psykologiskt. Detta innebär en kraftig påverkan på familjens verklighetsbild och inducerar en psykologisk kris som kan leda till förändring av deras syn på sig själva, sina barn och barnets symptom. I den familjeorienterade BUP-behandlingen är en av huvudmålsättningarna att framhäva familjens "starka sidor" (10). Det är välkänt att psykoterapeutisk intervention under en kris kan åstadkomma mycket resultat med liten eller måttlig insats och detta kan mycket väl vara förklaringen till att korttidsterapi kan påverka utnyttjandet av medicinsk vård så kraftigt (13-15). Som en mor sa i enkäten: "I terapin var det som att "en dörr öppnades". Detta gjorde det möjligt att "öppna fler dörrar". Jag började att tänka, började förstå och tala mer med barnen. Nu förstår jag hur allting hänger ihop".

De undersökta barnen hade psykosomatiska symptom eller psykologiska svårigheter som komplicerade deras somatiska sjukdom. Enligt enkäten tyckte majoriteten av familjen att de blev väl emottagna och ansåg att de fick hjälp för sina problem och nära hälften menade att symtomen förbättrades. Kostnaderna för BUP-behandlingen var klart lägre än kostnadsminskningen till följd av minskad pediatrik slutenvård. Slutsatsen blir att i de undersökta fallen hade behandlingen positiva effekter för barnen samtidigt som den totala kostnaden för medicinsk vård

minskade. Denna form av samarbete mellan BUP och barnmedicin kan alltså motiveras av både kliniska och ekonomiska skäl.

REFERENSER

1. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV, Patrick C, Cuerdon T: A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *AM J Psychiatry* 1984;141:1145–1158.
2. Bakwin H: The hospital care of infants and children. *J Pediatr* 1951;35:383–390.
3. Bowlby J: Maternal care and mental health. Monograph series 2. Geneva, WHO, 1951.
4. Bowlby J: Attachment & loss. Vol 1 and 2. London: The Hogarth Press, 1969 and 1973.
5. Douglas J: Early hospital admissions and later disturbances of behaviour and learning. *Dev Med Child Neurol* 1975;17:456–480.
6. Köhler L, Jakobsson G: Barns hälsotillstånd i Norden. Lund: Studentlitteratur, 1984.
7. Rosberg G: Social and psychological factors influencing hospital admission of children. *Acta Paediatr Scand* 1969;58 Suppl 196:1–55.
8. Gustafsson PA, Kjellman N-IM, Cederblad M: Family therapy in the treatment of severe childhood asthma. *J Psychosom Res* 1986 (in press).
9. Lauren K: Integrerad somatisk/familjeterapeutisk vård av barn med psykosomatiska symptom. *Nord Med* 1983;98:147–149.
10. Minuchin S, Rosman B, Baker L: Psychosomatic families. Boston: Harvard, 1978.
11. Siegal S: Nonparametric Statistics. New York: McGraw-Hill, 1956.
12. Hodas GR, Honig PJ: An approach to psychiatric referrals in pediatric patients. *Clin Pediatr* 1983;22:167–172.
13. Galdston R, Hughes MC: Pediatric hospitalization as crisis intervention. *Am J Psychiatry* 1972;129:721–725.
14. Goldberg ID, Allen G, Kessler L, Carey JF, Locke BZ, Cook WA: Utilization of medical services after short-term psychiatric therapy in a prepaid health plan setting. *Medical Care* 1981;14:672–686.
15. Reiss D, Olivieri ME: Family paradigm and family coping: A proposal for linking the family's intrinsic adaptive capacities to its responses to stress. *Fam Rel* 1980;29:431–444.

TACK TILL

Familjeterapeuter var Dr Ann Gester, Psykolog Marianne Helgesson, Dr Karin Hellquist, Psykolog Anita Linders, Dr Björn Lundin och Kurator Lena Svedin. Uppföljningsintervjuerna gjordes av Teamassistent Elisabeth Arwidson, samtliga ovan nämnda vid Barn och Ungdomspsykiatriska kliniken, Regionsjukhuset i Linköping (RiL). Ekonomiska uppgifter har lämnats av Erik Hedbrant, Ekonomisavdelningen, RiL. Statistisk rådgivning har getts av Doc Erik Leander vid Matematiska institutionen och Professor Bengt Jönsson vid Tema Hälso och Sjukvård Linköpings Universitet. Undersökningen har stötts ekonomiskt av Östergötlands Landstings Forskningsfond (anslag 133/84).