



ILLUSTRATION: ANDERS WESTERBERG

Kvinnor som dricker för mycket döljer ofta sitt missbruk – och sin skam och skuld – bakom ett välvårdat yttre. Men fasaden är tunn och riskerar att krackelera.

Nytändning inom sjukvården

Missbruksvården kom i fokus tidigare i höstas då SBU presenterade en rapport om behandling av alkoholi och narkotikaproblem. En eldsjäl inom missbruksvården är Agneta Österling som sedan ett kvartssekel arbetat inom beroendepsykiatri vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö. Hon välkomnar SBU-rapporten och hoppas att den ska »sila igenom landet« och ge svensk sjukvård – inte minst primärvården – en nytändning för att tackla missbruk, inte sky det.

Själv är hon specialinriktad på kvinnor med alkoholmissbruk, ett missbruk som är förenat med enorm skam och skuld och som lätt döljs av andra psykiatriska diagnoser som ångest och depression.

Därför – våga fråga om alkohol! Det är första steget mot behandling, poängterar Agneta Österling.

Agneta Österling, eldsjäl inom beroendepsykiatri:

Våga fråga patienten om drickandet

II Det händer emellanåt att Agneta Österling får frågan: »Hur kan du jobba med alkisar och knarkare, fy fan!«

Men hon säger: »Tack och lov för den patientgrupp jag har!«

Hon tycker att hon är lyckligt lottad, att hon jobbar med psykiatriens roligaste subspecialitet.

– Jag träffar spännande människor, i alla åldrar, både kvinnor och män, från alla samhällslager. Patienterna har givit mig en briljant utbildning i samhällskunskap. Med min småborgerliga bakgrund och min lilla välordnade värld hade jag annars inte haft en tiondel av de insikterna.

Hon är specialiserad i psykiatri, med en tjänst som överläkare vid Alkohol- och narkotikakliniken vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö (där hon haft sin yrkeshemvist sedan 1976).

Hon är speciellt inriktad på kvinnors missbruk. Hon disputerade vid Lunds universitet 1997 på avhandlingen »Alcohol problems in women: gender characteristics relevant for identification in clinical and health screening settings«.

Agneta Österling välkomnar den rapport

som SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) presenterade i september i år: »Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning« (Läkartidningen 37/01).

Ordförande i den grupp som utarbetat rapporten är en nära kollega, Mats Berglund, överläkare på hennes egen klinik.

– Det är jättebra att rapporten kommit. Här har vi självklart försökt hålla oss till evidensbaserad verksamhet. Nu är det viktigt att SBU-rapporten når ut.

Ett av rapportens huvudbudskap är att de bästa, bevisat effektiva, behandlingarna mot alkohol- och narkotikamissbruk används för litet. Vården skulle förbättras om resurserna omfördelades – från ineffektiva behandlingsmetoder till de som är dokumenterat effektiva.

Ett annat huvudbudskap gäller alkohol och sjukvårdens goda möjligheter att »mota Olle i grind«. »Mini-intervention« (dvs att spåra, informera, motivera och stödja människor som dricker för mycket) leder till lägre alkoholkonsumtion och färre alkoholproblem. Men denna enkla – och effektiva – metod används inte tillräckligt i sjukvården, enligt rapporten. Primärvården spelar här en nyckelroll.

– Jag skulle gärna se en nyvunnen entusiasm i primärvården för att ta itu med människors höga alkoholkonsumtion och begynnande beroendeproblem.

SBU-rapporten kan vara en gnista, tror hon.

– Men vi som jobbar inom missbrukspsykiatri har också en viktig funktion för att föra ut kunskaperna i primärvården. Ibland är det tungt, primärvården är ju så överlastad, det kan vara svårt att plocka in det här också.

Men hon är övertygad om att det går med enkla knep.

– Det gäller att inom varje primärvårdsenhet hitta personer som är roade av att arbeta med missbruksfrågor. Får man igång några, sedan rullar det på. Att på vårdcentraler ordna informationsprogram kring alkohol och droger, ungefär som diabetespatienter lär sig om kost och motion, kan vara ett bra sätt att stötta jobbet. Bara detta att alkohol- och drogfrågor sätts på agendan är viktigt.

Problemet är att läkare ibland kanske inte



Det är en slump att Agneta Österling är den hon är i läkarlivet idag. Hon hade funderingar på att hoppa av läkarbanan och satsa på ett liv som författare eller skådespelare i stället. Men ett möte med en äldre kollega ändade de tankarna och hon fick sitt framtida vägval utstakat. Idag är jobbet inom beroendepsykiatri »nästan som ett beroende i sig«.

vågar se en patients missbruk, eftersom de inte vet hur de ska hantera det.

»Måste jag ställa allt till rätta själv?« är en oro Agneta Österling ofta möter.

– En del tror att de måste träffa patienten varenda dag, att han eller hon ska ringa hem på kvällarna – full, olycklig, självmordsbenägen. Men man behöver inte göra allt själv och det finns strukturerade och tidsbegränsade metoder som är effektiva för många patienter. I svårare fall måste man naturligtvis vända sig till andra – alltifrån psykiatrisk expertis till socialtjänstens möjligheter att bistå med institutionsbehandling.

Hon brukar tipsa medicinstuderande och yngre läkare: »När du kommer till en ny arbetsplats – fråga då 'Hur gör ni här med missbrukare eller patienter med riskkonsumtion? Har ni något program för det?'«

Det ger stöd och struktur i jobbet.

Dessutom, poängterar Agneta Österling, måste man kanske först fundera över sin egen inställning till alkohol, sina egna vanor och erfarenheter från släkt och vänner osv – innan man som läkare kan hjälpa patienter med alkoholproblem!

Nu är Agneta Österling speciellt intresserad av sk identifikation – dvs att upptäcka människor i riskzonen för missbruk. Och det är på kvinnors missbruk, främst av alkohol, hon fokuserat.

Kvinnor beskrivs emellanåt som en dold grupp i missbrukssammanhang. Till en del stämmer det, konstaterar hon. Men kvinnors missbruk är inte underdiagnostiserat, det har hon själv och andra visat i flera studier. Däremot underbehandlas kvinnor i högre utsträckning.

– Både kvinnor och män med missbruk har i hög grad andra psykiska problem utöver missbruket. För kvinnor är ångest, depression, sömnproblem vanligt, hos män antisocial personlighetsstörning. Om en man söker för att han beter sig antisocialt och slår folk på käften, då är det lätt att omedelbart tänka: »Han super och drogar förstås.« Men när en kvinna söker för att hon är ledsen och har ångest, då är det lätt att rikta behandlingen mot det.

Därför, fråga om alkohol! betonar Agneta Österling.

Ofta har kvinnliga missbrukare ett oklanderligt yttre.

– De är fenomenala på att hålla sig snygga och fräscha: »Ingen ska kunna anklaga mig för någonting.« Det är lätt att förbise missbruket.

Men de skickar ofta ut en rad signaler.

– Ofta söker kvinnan primärvården för ospecifika somatiska symtom. Men man kan också märka en del otydligheter, att hon är motsägelsefull och uttrycker sig litet förtäckt. Hon försöker tala om att hon vill säga något mer, men att det är så hemskt så hon vet inte om hon vågar: »Kommer du att kasta ut mig eller döda mig för att jag är så förfärlig?«

Ett dolt missbruk handlar inte bara om att kvinnan försöker gömma sig och sitt beroende. Det handlar också om att en potentiell upptäckare väljer att inte se! poängterar Agneta Österling.

– Att man inte upptäcker det på ett nybesök mitt under smattrande mottagning där patienterna springer stafett på ens rum, det kan jag förstå. Men har man träffat en kvinnlig patient ett par gånger och det inte går åt det håll som det borde, då måste man börja penetrera. Då kan man gå in på livsstilen, hur man lever, hur man motionerar, hur man äter: »Vad dricker du till maten?« Och så är man där.

Djupt rotat i våra medvetanden är alkoholism en manlig sjukdom.

– Den kvinnliga alkoholisten har ett tillstånd som är »könsfrämmande« bara i kraft av detta. Det vet hon själv. Attityderna i sjukvården är negativa till människor i allmänhet med missbruksproblem, men det är ingenting mot vad de är till kvinnor, i synnerhet gravida kvinnor.

Kvinnliga alkoholister känner ofta enorm skam och skuld, inte minst gentemot familj och barn. De har låg självkänsla och hög självcensur.

– Långt innan de kommer till behandling har de sågat sig själva vid fotknölar. Detta måste beaktas i behandlingen. Kvinnor kan behöva behandling avskilt från män, för att få rum och plats: »Det här finns för mig.«

Agneta Österling har varit med om att bygga upp en kvinnomottagning vid Alkohol- och narkotikakliniken. Onsdag kväll är vikt för denna mottagning, bara kvinnor.

Ett läkande systemskap, talar hon om. Missbrukande kvinnor behöver möta »medsystrar« i strukturerade behandlingsgrupper.

– Där kan de förstå och stödja varandra, där är det ingen som fördömer. Där finns en väldigt värme.

Också sådan gruppverksamhet har hon varit med om att starta vid kliniken.

– Sådana grupper fyller en annan

Annons

Annons

funktion än tolvstegsmetodens AA-möten. De kan i och för sig vara könsspecifika, men de är uppbyggda kring monologer från gruppmedlemmarna, inte kring samtal. Många av patienterna här tycker att när de, med hjälp av AA, kommit till insikt om sitt beroende och att de måste tackla det, så ger vår grupp hjälp att komma vidare.

Det är olika behov i olika sjukdomsfaser.

Jobbet är spännande, »nästan som ett beroende i sig«, säger Agneta Österling.

– Just beroendepsykiatrin är den del av psykiatrin som växer mest. Det händer otroligt mycket, och det är ett utvecklande, variationsrikt jobb. Jag får arbeta med allt från psykiatriska bedömningar och behandlingar till renodlade medicinska aspekter vid abstinens och avgiftning. Det innebär också mycket

kontakt med bland annat socialtjänst och somatiska kliniker.

Men det är en slump att hon idag är den hon är i läkaryrket. Slumpen styrde till och med att hon över huvud taget blev färdig läkare.

Hon var litet »fed up« den där dagen för 26 år sedan då hon (ännu inte legitimerad) klev in genom dörren till Alkohol- och narkotikakliniken för ett sommarvikariat som underläkare.

– Jag funderade på att i stället bli skådespelerska eller författare.

Förväntningarna på sommarjobbet var nära noll.

Då rycker slumpen in, i skepnad av dåvarande klinikchefen Barbro Lizelius-Lanke.

– Hon högg tag i mig, jag var den enda nya vikarierande underläkaren. Det jag inte lärde mig den sommaren var inte lönt att lära sig. Hon var med när jag träf-

fade patienter och när jag gjorde bedömningar, hon gav mig så mycket respons. Det var en omedelbar kontakt med en kollega som jag kände en gränslös sympati för. Hon var kollega, chef, mor, syster.

Det här var 1976, långt innan begreppet mentor etablerats.

– Hon hade ett lysande intellekt, en fantastisk humor, och hon var en människokännare av rang. Jag var så imponerad av att hon kände alla på kliniken, också till namn, från städerskan på mottagningen till överläkarkollegan. Dessutom lärde hon mig en naturlig respekt för patienten, en respekt som präglade hela kliniken.

Kontakten med Barbro Lizelius-Lanke blev avgörande. Det framtida vägvalet var utstakat.

Idag, 26 år senare, har Agneta Österling hunnit en rejäl bit på vägen. Hon har

Kortintervention »motar Olle i grind«

■ Ett huvudbudskap i SBU:s rapport om behandling av alkohol- och narkotikaproblem är sjukvårdens möjligheter att – genom sk kortintervention – spåra, informera, motivera och stödja människor som dricker för mycket.

Metoden leder bevisligen till lägre alkoholkonsumtion och färre alkoholproblem hos människor med inga eller få beroendesymtom (LT 37/01).

Agneta Österling beskriver en kortintervention ungefär så här:

– Träffa patienten vid ett par tillfällen med några veckors mellanrum och gör en ordentlig bedömning. Ge patienten feedback med resultat av leverprov och annat, som grund för motiverande samtal. Ta därefter, tillsammans med patienten, ställning till fortsatt behandling. Kanske behövs draghjälp med något läkemedel, AA-möten, kontakt med någon duktig sjuksköterska eller behandlingsassistent inom socialtjänsten.

Eller, säger hon också, det kanske räcker med att bara sanera patientens alkoholvvanor.

Träffa så patienten igen för återbesök efter ett par månader.

– Hör hur det har gått och kontrollera med nya prov, också för att motivera patienten. Så kanske man ses en eller två gånger till. Efter ett år är det avklarat. Det är en kort intervention, och den är ofta mycket effektiv.

Hon är övertygad om behandlingskraften i kortintervention. Hon har varit med om att bygga upp metoden.

Det började i Malmö i mitten av 1970-talet då legendariske medicinpro-

fessorn Bertil Hood startade ett projekt med hälsoundersökningar bland befolkningen. Syftet var att identifiera och angräpa de stora folkhälsoriskerna.

– **Han insåg tidigt** alkoholens avgörande betydelse för folkhälsan.

Agneta Österlings kollega Hans Kristenson engagerades.

– Han gjorde den första stora klassiska studien med en randomiserad, kontrollerad undersökning av kortintervention vid hög alkoholkonsumtion och inga eller måttliga beroendesymtom. Efter några år blev även jag indragen: »Du kan väl ta hand om litet kvinnor.«

Först trodde hon inte sina öron. Angräppssättet var helt nytt.

– Jag kom från alkoholkliniken där strikt nykterhet gällde. Men i projektet fick patienterna höra: »Leverproven är litet höga, du ska nog skära ner litet, kanske ta några vita veckor.« Men det fungerade för många.

Hon visade att metoden är effektiv också för kvinnor.

Å ena sidan pläderar SBU-rapporten för denna enkla, förebyggande metod, å andra sidan slår rapporten fast att allmän, ospecifik rådgivning saknar dokumenterad effekt. Var går gränsen?

Jo, effekten grundas i en tydlig struktur, poängterar Agneta Österling.

– Det ska vara en struktur som baseras på en ordentlig bedömning av patienten. Det är det absolut viktigaste!

Bedömningen måste, självklart, innehålla vederhäftig information om dryckesmönster och beroendesymtom.



Som läkare är det viktigt att fundera över sin egen inställning till alkohol, sina egna vanor och erfarenheter från släkt och vänner osv – innan man kan hjälpa patienter med alkoholproblem! understryker Agneta Österling.

Våga fråga! poängterar Agneta Österling.

– Patienter tar, generellt sett, inte illa upp om doktorn frågar om alkohol. Tvärtom, de förväntar sig det. Och det signalerar att det är viktigt. Man kan börja fråga kring livsstil, motion, kost, vad patienten dricker till maten. Då är man inne på alkoholfrågorna, också frågor som: »Har du känt att du borde skära ner på ditt drickande? Dricker du för att komma över mindervärdeskänslor?«

Men det är inte ovanligt att läkare ställer negerande frågor, säger hon.

– Oddsen för att få napp är inte höga om man frågar: »Du dricker väl inte för mycket?« •

TEXT: Birgit Wilhelmson

samlat kunskaper, erfarenheter, insikter om människor med alkohol- och narkotikamissbruk. Speciellt om kvinnor med missbruk, hennes specialområde.

Idag känner hon att det är viktigt att själv vara mentor och förebild, att dela med sig och föra vidare det hon lärt.

– Det kommer alltid att finnas narkotika- och alkoholmissbrukare, ännu fler så småningom, inte minst här nere i södra Sverige med närheten till kontinenten, konstaterar hon.

En nytändning i sjukvården för att tackla missbruk – hos kvinnor och hos män – det hoppas hon på. Hon hoppas att SBU-rapporten ska »sila igenom landet«, ge gnista och stöd.

Själv är hon nog en gnista det sprakar om, en eldsjäl.

Hon medger det litet motvilligt.

– Ja, jag kanske är det. Men det ska inte behövas eldsjälar i det här jobbet. Det skulle vara lättare om missbruksvården hade en tydligare och mer välfungerande organisation och struktur. Sverige är så litet så det kan självklart inte finnas mängder med resurser för detta överallt. Vissa större kliniker måste fungera som kompetenscentrum, gärna med olika in-

*Kvinnor kan behöva
behandling avskilt från män,
för att få rum och plats:
»Det här finns för mig.«*

riktning. Med dagens teknik är det ju möjligt att hitta smidiga former för utbildning och fortbildning – vi behöver handledning och vi behöver diskutera.

Det är också viktigt att samverka även utanför sjukvården med socialtjänst, försäkringskassa osv. Och, poängterar hon, det är viktigt att mäta och räkna på det man gör. Missbruksvården måste vara evidensbaserad!

– Att diagnostisera och behandla patienter med missbruk är ju inte märkvärdigare än att ta hand om människor med hypertoni, allergier eller hjärt-kärlsjukdomar. Egentligen!

TEXT: **Birgit Wilhelmson**
FOTO: **Pierre Men**

Ambulatoriegruppen för gravida missbrukare

■ I Malmö finns en för Sverige unik verksamhet för gravida missbrukare, den sk Ambulatoriegruppen. Agneta Österling har varit med om att bygga upp verksamheten. Gruppen startade som ett projekt 1994; 1998 blev projektet en bestående verksamhet i samverkan mellan såväl somatisk och psykiatrisk vård som socialtjänst.

Ärligen behandlas ungefär 50 kvinnor, främst med »tyngre« narkotika- eller alkoholmissbruk.

Agneta Österling berättar, utifrån sin horisont.

– Vi träffas en gång i veckan och dessutom akut vid behov. Vi planerar graviditetens genomförande, ger professionell rådgivning, följer, stöttar och försöker motivera till ett missbruksfritt liv bortom förlossningen.

Gruppen vill ha ett utvidgat mandat.

– Vi vill sträcka oss förbi födelseögonblicket och hjälpa även barnet. Idag rapporterar vi över barnet till barnhälsovården, det är det sista vi gör. Vi vill följa barnet, och mamman, helst under två och halvt år med testning och andra undersökningar inom barnhälsovården. Vi vet nämligen, från studier som gjorts, att barnet faller ifrån – för att kanske dyka upp fyra år senare med misstänkt beteendestörning, ADHD, DAMP osv.

Internationellt är det också klen med uppföljningar av den här barngruppen.

– Det finns några centrum som har utvecklat mycket hög kompetens. Till exempel nestorn på området professor Anne Streissguth och hennes grupp i Toronto som arbetat sedan slutet av 1970-talet. I Sverige behöver vi samverka för att samla kunskaper och göra studier utifrån material från hela landet. Kvinnliga missbrukares barn med skador är ju en liten grupp. Men vi vet med säkerhet att riskkonsumtion av alkohol under graviditet ger barnet hjärnskador.

Hon säger att det är frapperande att bara några enstaka fall av fetalt alkoholsyndrom har registrerats i offentlig diagnostisk statistik under den senaste tioårsperioden.

– Det är fortfarande vanligt att barnläkare undviker att ställa diagnosen. Man vill inte »stigmatisera« föräldrarna! Jag har hört det från barnläkare på olika håll. Barnen har rätt till korrekt bedömning och att få en förklaring till sina begränsningar, och de behöver adekvata anpassningar i förskola och skola.

Hon hänvisar också till Anne Streissguth som visat på klara samband mellan fetalt alkoholsyndrom och ökad risk för

att barnen i högre åldrar utvecklar missbruk, kriminalitet, sociala problem, depression, ångest, självmord osv.

– Alkohol under graviditet är en enorm riskfaktor.

För att bättre fånga upp gravida kvinnor med riskkonsumtion startade hon ett par projekt inom mödravårdsvården. Först höll hon seminarier för barnmorskor i Malmö.

– Temat var »att prata med patienter om alkohol, inställning till egna alkoholkonsumtion«. Detta är dock en verksamhet som måste hållas igång fortlöpande.

Så valde hon ut en mödravårdscentral för att testa ett särskilt alkoholfrågeformulär till samtliga nyinskrivna gravida under år 2000.

– Ingången till formuläret var ett jåkande svar på en första screenande fråga som alla mödravårdscentraler här i staden tillämpar: »Har du druckit alkohol någon gång under den senaste tremånadersperioden?«

Barnmorskorna var tveksamma i början: »Kan vi fråga så här?«

– Vi diskuterade därför mycket kring det. Men det är klart att man kan fråga människor om de tycker att de dricker för mycket, om de dricker för att de känner sig mindervärdiga och så vidare.

En av frågeställningarna i studien (förutom metodfrågor, frekvenser, samband osv) var om det är möjligt att använda ett sådant formulär i den vanliga mödravården.

Svaret blev: Ja!

– När vi intervjuade barnmorskorna tre månader efter det att projektet avslutats sade de: »Jag använder fortfarande formuläret, det är jättebra när jag ska diskutera alkohol och droger med mina patienter.«

I Malmö finns sedan länge en stor vilja att förbättra vården för gravida missbrukare, poängterar Agneta Österling.

– En mängd projekt har varit igång sedan 1970-talet, och jag har varit med i dem alla. Men det är först med Ambulatoriegruppen som arbetet blivit riktigt konstruktivt. Och vi vet, utifrån våra erfarenheter, att vi behövs.

Nu vill gruppen alltså ha ett utvidgat mandat. Och man försöker få fler patienter, inte bara de »tyngre« missbrukarna. Dessutom behöver gruppen en lokal.

– Vi hoppas få en speciell mottagning där patienterna kan träffa sin barnmorska, barnläkare, psykiater, behandlingsassistent och så vidare.

TEXT: **Birgit Wilhelmson**