

INTERVJU. När EWA-mottagningen öppnade 1981 vid Karolinska sjukhuset i Solna var den först i världen: en specialiserad alkoholmottagning som riktade sig enbart till kvinnor som inte hade behandlats förut. Den norska psykiatriprofessorn Brit Haver har lett en unik studie där patienterna vid mottagningen har följts i upp till 25 år.

TEXT: MIKI AGERBERG FOTO: RUNE SOLHEIM

Unik långtidsstudie av kvinnor med alkoholproblem:

Så gick det för EWA-mottagningens patienter

Dödligheten hos kvinnor med alkoholberoende är 2,4 gånger så hög som hos matchade kontroller ur normalbefolkningen. Det visar den första delstudien från 25-årsuppföljningen av kvinnor som sökt hjälp för alkoholproblem på den svenska EWA-mottagningen. Artikeln publiceras i marsnumret av den vetenskapliga tidskriften *Addiction*.

Denna dödlighetssiffra är lägre än vad tidigare studier av alkoholberoende kvinnor har visat. Men den är ändå hög, understryker Brit Haver, som leder långtidsstudien:

– Vi hade hoppats att dödligheten skulle vara ännu lägre, säger hon. Men alkoholberoende är en allvarlig sjukdom. Särskilt oroande är siffrorna för de yngsta kvinnorna. Hos dem var dödligheten fyra gånger så hög som i kontrollgruppen.

Brit Haver tar emot i sitt luftiga tjänsterum i Sandviken Sjukhus i Bergen, ett av Norges äldsta psykiatriska sjukhus; genom de stora fönstren är utsikten magnifik över Byfjorden. Att långtidsuppfölj-

ningen av patienterna på en svensk alkoholmottagning ledd från Norge är inte så konstigt som det låter. Brit Haver, som i dag är professor i psykiatri vid Universitetet i Bergen, arbetade under tre år i början av 1990-talet på EWA-mottagningen i Solna som psykiater och forskare.

I internationella fackkretsar var intresset för EWA-mottagningen mycket stort, berättar hon:

– På den tiden kom delegationer från hela världen på studiebesök. Under flera år var EWA-mottagningen den mest besökta kliniska verksamheten på hela Karolinska sjukhuset.



Alkoholläkaren Lena Dahlgren var pionjären som startade EWA-mottagningen 1981. Foto: Scanpix

EWA-mottagningen startades 1981 av alkoholläkaren Lena Dahlgren. I början var det en försöksverksamhet vid Magnus Huss-kliniken, men de goda resultaten ledde snart till att mottagningen permanentades.

Vid den här tiden visste man inte mycket om kvinnors alkoholmissbruk. Men Lena Dahlgren var en pionjär. Både i sin forskning och sitt kliniska arbete hade hon sett att kvinnor som missbrukade för mycket mer illa än männen, och att den tidens behandling var dåligt anpassad till kvinnornas behov.

Därför bestämde hon sig för att starta en mottagning av ett slag som då inte fanns någonstans i världen: en alkoholmottagning enbart för kvinnor, och dessutom inriktad på att fånga upp dem i ett tidigt stadium i beroendutvecklingen (EWA står för Early Treatment of Women with Alcohol Addiction).

Ett ovanligt grepp var också att det kliniska arbetet från första början kombinerades med forskning. Redan 1982 presenterade Lena Dahlgren projektet i *Läkartidningen*,

och två år senare kunde hon publicera resultat från tvåårsuppföljningen av de första 100 patienterna. Resultaten visade att mottagningen hade lyckats med att fånga upp kvinnor på ett tidigt stadium, och att behandlingen varit framgångsrik för två tredjedelar av dem; så många hade slutat eller radikalt minskat sitt drickande, och de fungerade också bra i arbete och familjerelationer.

Det var förstas ett mycket bra resultat. Men riktigt hur bra var det svårt att veta, konstaterade Lena Dahlgren i *Läkartidningen*: »Behandlingsstudier beträffande alkoholism finns så gott som uteslutande för manliga patienter. Några jämförelser med tidigare beskrivna kvinnomaterial är således ej möjliga att göra, i all synnerhet som den aktuella kvinnogruppen inom den medicinska alkoholistvården representerar en ny och unik patientkategori« (LT nr 48/1984).

Denna tidiga forskning lade grunden för den långtidsuppföljning som Brit Haver nu arbetar med. Där ingår sammanlagt 300 kvinnor som



Alkoholberoende är en allvarlig sjukdom, konstaterar professor Brit Haver som oroas över att dödligheten är så hög bland de yngre kvinnorna i den studerade gruppen. Där var dödligheten fyra gånger så hög som i kontrollgruppen.

sökte hjälp vid EWA-mottagningen mellan 1981 och 1984, plus 120 kvinnor som Brit Haver själv undersökte när hon arbetade där mellan 1991 och 1994. Alla dessa 420 kvinnor följs nu upp med aktuella registerdata, alltså en uppföljningstid på cirka 25 respektive 15 år. De jämförs också med drygt 2 000 matchade kontroller ur den kvinnliga normalbefolkningen.

– Maken till det här materialet finns inte i hela världen, säger Brit Haver. Ingen annanstans har man kunnat följa så många kvinnliga alkoholmissbrukare under så lång tid, och dessutom jämföra dem med matchade kontroller. Att Sverige har så bra register var också till stor hjälp – även om det tog årtal innan alla tillstånd var klara och vi fick tillgång till dem.

I den första delstudien, den som precis har publicerats i

Addiction, undersöker Brit Haver och hennes medarbetare dödligheten hos de 420 kvinnorna som sökte hjälp på

EWA-mottagningen. Dessa kvinnor hade inte hunnit bli socialt utslagna, utan liknade genomsnittskvinnorna när

det gäller arbete, utbildning och familjesituation. Deras genomsnittsålder var 42 år, och praktiskt taget alla hade utvecklat ett beroende av alkohol.

I dag är cirka 28 procent av de kvinnorna döda, jämfört med cirka 12 procent av kontrollgruppen. Det är en starkt signifikant skillnad, och innebär att dödligheten hos de alkoholberoende kvinnorna är 2,4 gånger högre än normalt. Dödsorsaker som var klart vanligare i patientgruppen var dels alkoholrelaterade sjukdomar, till exempel levercirros, och dels olyckor och så kallade osäkra självmord (till exempel singelolyckor eller överdos av tabletter).

Tidigare studier av kvinnliga alkoholister visar en betydligt högre dödlighet, vanligtvis 4–5 gånger så hög som normalt. Men det går inte att

■ **FAKTA Brit Haver**

Ålder: 66 år.

Aktuell: Leder långtidsstudie av patienter från den svenska EWA-mottagningen.

Arbete: Professor i psykiatri vid Universitetet i Bergen.

Bakgrund: Läkare, specialist i psykiatri. Doktorerade på en studie av hur det gick för de kvinnliga patienterna på en alkoholmottagning i Bergen där hon arbetade. Klinisk forskare vid EWA-mottagningen 1991–1994.

Viktigaste hälsofrågan inom psykiatri: Att behandlingen blir mer tillgänglig, sammanhängande och effektiv, och att missbruksproblem blir integrerade i psykiatrin.

Viktigaste läkarfrågan: Byråkratiseringen och överadmi-

nistrationen av hälsovården. Vi använder allt mindre tid till patientbehandling, och blir allt mer underställda hälsobyråkrater som ska genomföra sina stora reformer.

När träffade du en patient senast? Jag träffade flera patienter i går. Hälften var sjukvårdspersonal med djupa depressioner. Att uppleva människor som varit långt nere ta sig upp igen och hålla sig friska, är min största glädje som psykiater.

Familj: Dotter i USA med tre barn, samt man och en hund.

Senast lästa bok: »Lysande utsikter« av Charles Dickens, en härlig bok. Nu håller jag på med P O Enquists självbiografi, och två biografier om Hitler.

INTERVJU

utifrån detta säga att den lägre dödligheten i EWA-gruppen är en effekt av behandlingen där, betonar Brit Haver:

– De tidigare studierna har i regel gjorts på kvinnor där missbruket gått längre och där många varit socialt utslagna. EWA-mottagningen fångade in kvinnorna tidigare, när de fortfarande hade jobb och familj och en bättre prognos.

Detta utesluter förstås inte att en del av resultatet kan bero på behandlingen. Hur de sambanden ser ut undersöks närmare i kommande delstudier. Men en uppgift i den första artikeln tyder på att compliance, alltså följsamhet till behandlingen, har stor betydelse: de patienter som avbröt behandlingen i förtid hade drygt fem gånger så hög dödlighet som de som fullföljde den. Denna upplysning smygs in i en mening, som en »cliffhanger« inför kommande artiklar.

I den yngsta åldersgruppen var dödligheten högre än i andra åldrar, fyra gånger så hög som normalt, en stor del dog redan under de fem första åren efter att de sökt hjälp. Det är mycket oroande, säger Brit Haver:

– Att de kom in redan som unga kan betyda att de hade allvarligare alkoholproblem, och de hade också mer av annan psykiatrisk problematik. Unga människor är också mindre uthålliga i att stanna kvar i behandlingen. Men det kan även vara så att behand-



Kvinnliga alkoholister skäms ofta mer över sitt missbruk och har svårare att söka hjälp än vad männen har. Bilden är gjord av konstnären Monica Hanl och sitter på väggen i Brit Havers tjänsterum.

lingen på mottagningen fungerade sämre för de yngre.

Nästa delstudie, som sannolikt publiceras senare i år, kommer att närmare granska effekten av behandlingen. Grunden för den är en randomiserad och kontrollerad studie som Lena Dahlgren gjorde på 1980-talet. Av 200 kvinnor som sökte hjälp på EWA-mottagningen mellan 1982 och 1984 lottades hälften till behandling där. Den andra hälften fick den tidens gängse

alkoholistvård på Magnus Huss-klinikens könsblandade del eller på kommunala mottagningar.

En tvåårsuppföljning, som Lena Dahlgren publicerade i Läkartidningen 1987, visade att förbättringen var större för de kvinnor som behandlats på EWA-mottagningen, både vad gäller missbruket och deras sociala situation (LT nr 45/1987). Nu undersöker Brit Haver vad som har hänt med de båda grupperna efter 25 år, mätt i sjuklighet och dödlighet.

– Vår hypotes är att det har gått bättre för kvinnorna i EWA-gruppen, säger hon. Och vi kan se att trenden är sådan. Men hur stora skillnaderna är kan jag inte gå in på innan studien är publicerad.

Den tredje delstudien handlar om de 120 kvinnor som Brit Haver själv undersökte när hon arbetade på EWA-mottagningen i början av 1990-talet. Hon testade dem bland annat för tecken

på depression, och hon urskiljde en grupp som efter två år hade utvecklat starkare depressiva symptom. Nu, efter femton år, vill hon veta om den här gruppen hade högre dödlighet än de andra. Preliminära data tyder på att så är fallet.

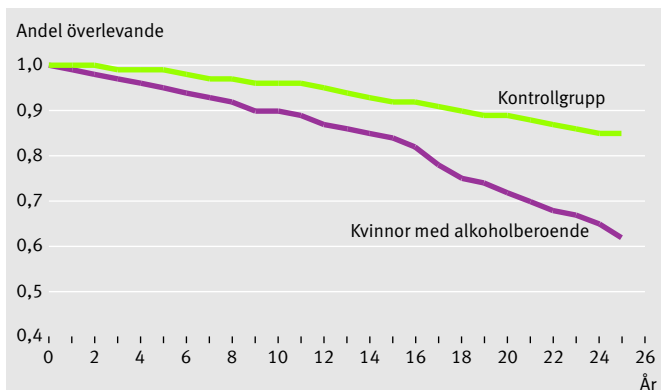
– **Alkoholberoende** och depression är nära förbundna, särskilt hos kvinnor, säger hon. Hos de här kvinnorna kanske depressionen rentav är viktigare än ändringar i själva alkoholbruket. Alkoholbruket kan variera – men om det finns en tendens till depression som blir kvar, så leder den tillsammans med alkoholproblemen till en sämre prognos.

– Därför borde man i större utsträckning behandla depression och ångestsjukdomar parallellt med själva drickandet. EWA-mottagningen var tidigt ute med att förstå detta, och att använda antidepressiva läkemedel som en del av behandlingen.

Brit Haver har intresserat sig för kvinnor med alkoholproblem ända sedan hon blev färdig psykiater i mitten av 1970-talet, och började arbeta på en alkoholmottagning i Bergen. På den tiden var kvinnorna en liten del av patienterna, kanske tio procent, och hon slogs av att de var mer nedgångna än männen. Kvinnor drog sig i det längsta för att söka sig till alkoholmottagningen, och de som kom dit blev flitigt uppvaktade av missbrukande män.

Kanske skulle det vara bättre med särskilda mottagningar för enbart kvinnliga alkoholmissbrukare? När Brit Haver i början av 1990-talet fick ett utlandsstipendium, bad hon att få komma till EWA-mottagningen.

Den svenska mottagningen var först med att rikta sig enbart till kvinnor och att vilja fånga upp dem tidigt i beroendeutvecklingen. Men det var fler saker som tilltalade henne. EWA-mottagningen



Studien visar bland annat att dödligheten är 2,4 gånger högre bland alkoholberoende kvinnor än i kontrollgruppen. Källa: Addiction

drev en aktiv rekrytering av patienter, inte minst genom att synas mycket i massmedia, det var låg tröskel till att få påbörja behandling, och kopplingen till ett ansett universitetssjukhus gjorde det mindre stigmatiserande att vända sig dit. Patienterna fick erbjudande om två års behandling med en fast behandlare. Och inte minst fanns den starka kopplingen till forskning.

Brit Haver ser flera skäl till att det behövs särskilda alkoholmottagningar för kvinnor:

– Kvinnor har svårare än män att söka hjälp för alkoholproblem, säger hon. De skäms mer än män för sitt missbruk, och de är skickliga på att dölja det. Kvinnomottagningar gör det lättare för dem att söka hjälp i tid.

– På blandade mottagningar är det också vanligt att kvinnor bildar par med manliga missbrukare, och får svårare att bli kvitt sitt eget missbruk. På kvinnomottagningar får de i stället stöd och bekräftelse av att möta andra kvinnor i samma situation.

När Brit Haver återvände till Bergen 1994 ville hon starta en motsvarighet till EWA-mottagningen där. Men det stötte på patrull. En särskild



Att kvinnor dricker allt mer är ett bekymmer som kommer att göra fler beroende, säger Brit Haver.

kvinnomottagning kunde man acceptera, men inte den starka kopplingen mellan klinik och forskning som hon ville ha.

I dag finns det flera alkoholmottagningar för kvinnor både i Sverige, Norge, USA och många andra länder. Det är bra, tycker Brit Haver. Men hon beklagar att bara ett fåtal av dem bedriver forskning och publicerar sina resultat. Därför är det svårt att veta vilken behandling som fungerar och varför.

Själva EWA-mottagningen har ändrat inriktning en del sedan Lena Dahlgren gick i pension 1997. Den har flyttat till nya lokaler vid Rosendals sjukhus i Stockholm,

och är i dag en specialiserad öppenvårdsmottagning för alkoholberoende kvinnor med minderåriga barn.

I dag finns det betydligt mer kunskap om kvinnor och alkohol än det fanns i början av 1980-talet, när EWA-mottagningen startade. Man vet mer om varför kvinnor tål alkohol sämre än män, om hur alkohol påverkar fostret, och om den starka kopplingen hos kvinnor mellan alkoholberoende och ångest och depression.

Men samtidigt dricker kvinnor betydligt mer i dag än de gjorde då:

– Det bekymrar mig mycket, säger Brit Haver. Kvinnor börjar dricka i mycket lägre ålder, och i dag är det socialt accepterat att en ung kvinna dricker sig full. Samtidigt vet vi, att ju tidigare och ju mer man dricker, desto större blir skadorna och desto snabbare utvecklas beroendet.

– Den här utvecklingen kommer att leda till att fler kvinnor blir beroende. När jag började var cirka 10 procent av patienterna på alkoholmottagningarna kvinnor. I dag är de 25–30 procent.

I Brit Havers tjänst som professor i psykiatri ingår att undervisa läkarstudenter i

hur de ska upptäcka och hantera alkoholproblem. För att möta det ökande drickandet hos kvinnor borde allmänläkarna ha en central roll, säger hon:

– **Visst behövs det** öppna och attraktiva alkoholmottagningar för kvinnor som utvecklat ett beroende. Men minst lika viktigt är att ge råd och stöd på ett tidigare stadium. Många kvinnor söker hjälp hos allmänläkare, men utan att berätta om sina alkoholproblem. Tvärtom vad många läkare tror, syns dessa problem oftast inte utanpå.

– Då gäller det att läkaren kan ställa de rätta frågorna, och vet hur man följer upp dem. Läkare borde mer rutinemässigt ställa frågor om alkoholkonsumtion, på ett icke-moraliserande sätt, och träna sig i enklare interventioner. Men ska det bli verklighet behövs mer utbildning. I dag är det bara en mindre del av läkarkåren som lever upp till detta.

Miki Agerberg

Den första delstudien, som nu publicerats i *Addiction*:

Haver B, Gjestad R, Lindberg S, Franck J. Mortality risk up to 25 years after initiation of treatment among 420 Swedish women with alcohol addiction. *Addiction*. 2009;104(3):413-9.

Även SMER kritiserar förslag till nya vårdprioriteringar

Statens medicinsk-etiska råd, SMER, sällar sig till kritikerna av Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringar i vården. Det man främst vänder sig mot är tanken att jämställa kostnadseffektivitets- och behovsprinciperna.

Enligt den nu gällande plattformen, som antogs av riksdagen 1997, är den så kallade behovsprincipen överordnad kostnadseffektivitetsprincipen. Det betyder att patienter med stort behov alltid går före patienter med mindre

behov, oavsett hur dyr den behandling som kan erbjudas är eller hur liten effekt den har.

Prioriteringscentrum, med säte i Linköping, föreslog 2007 i en rapport att behov och kostnadseffektivitet i stället ska vägas mot varandra i samband med prioriteringsbeslut. Dessutom ska en tredje princip, individens ansvar för sin egen hälsa, införas på samma nivå.

Rapporten från Prioriteringscentrum tillkom på uppdrag av Socialstyrelsen, sedan Riksrevisionen kon-

staterat att den nuvarande plattformen inte fått något större genomslag. Med en ändrad rangordning av de etiska principerna skulle enligt rapporten plattformen bli mer flexibel och ge ett bättre stöd i det konkreta prioriteringsarbetet.

Att plattformen uppenbarligen inte tillämpas fullt ut är dock inget argument för att förkasta den, anser SMER i en skrivelse till Socialdepartementet. SMER befarar att man genom att lyfta upp kostnadseffektivitet på jämn nivå med behov riskerar att

få en värderingsförskjutning som inte är acceptabel. Skälet är att det är enklare att räkna på kostnader än att mäta behov.

SMER anser att resurser i stället bör satsas på att ta fram en strategi för att implementera de nuvarande principerna.

Socialstyrelsen har i sin kommentar till Prioriteringscentrums rapport tagit avstånd från idén om en ansvarsprincip, men däremot ställt sig mer positiv till en utvidgning av kostnadseffektivitetsprincipen. ■