

Henrik Thiesen / SundhedsTeam & RED LIV /
Center for Udsatte Voksne og Familier 2017

ALKOHOLBEHANDLING TIL SOCIALT UDSATTE – HVAD VIRKER ?

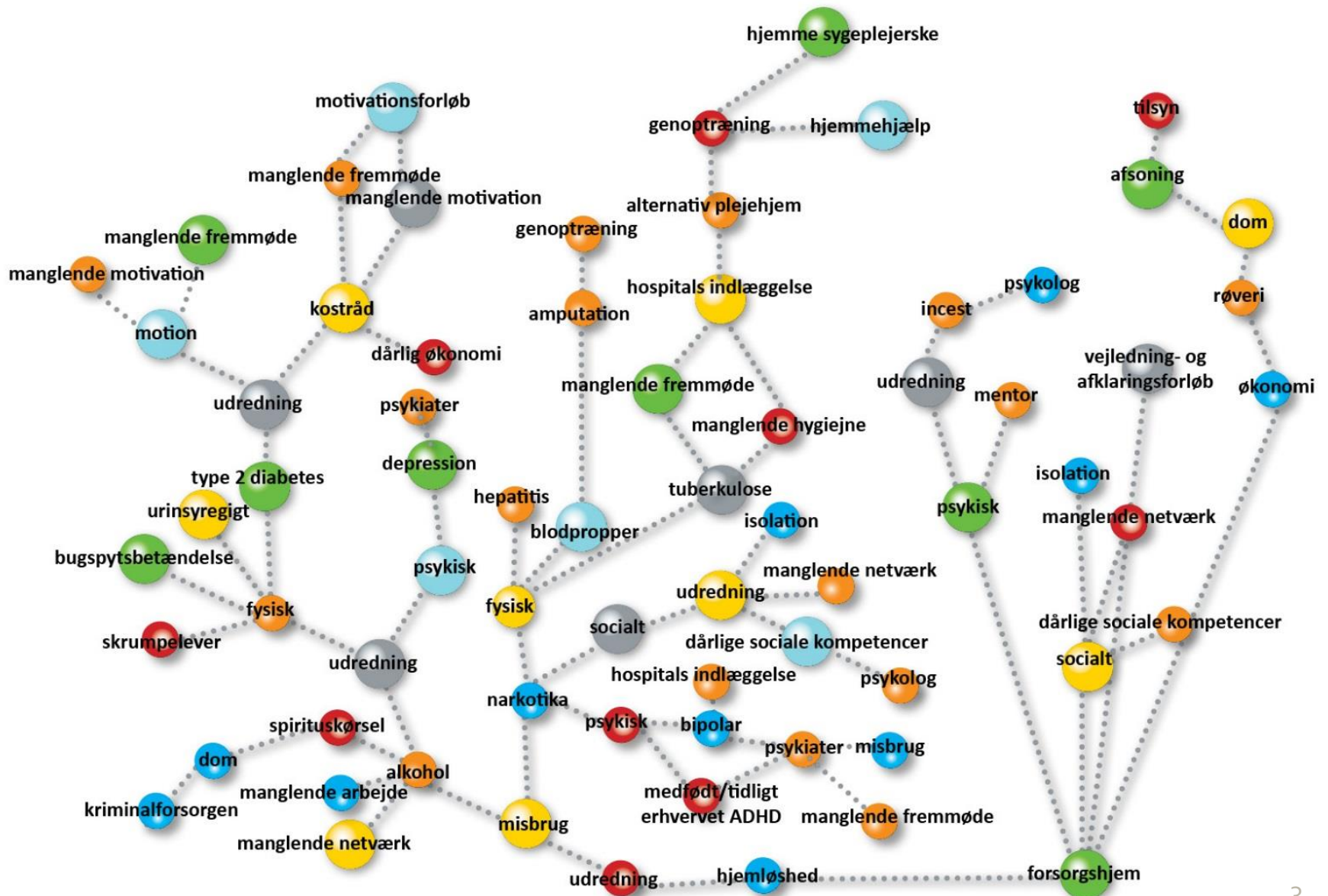


SUNDHEDS
TEAM

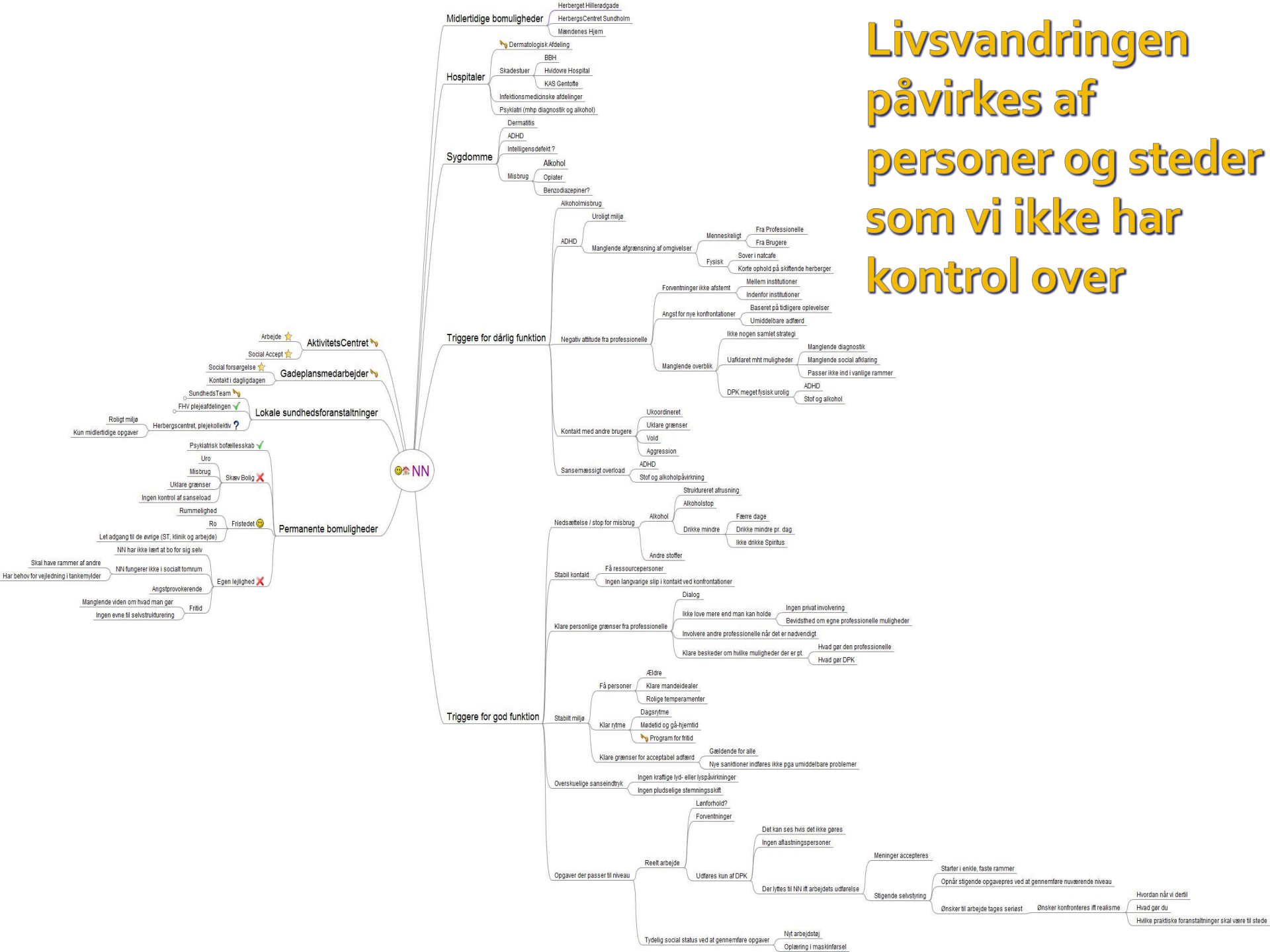


Hvis vi skal hjælpe rigtigt –
må vi vide hvad problemerne
reelt er og *hvor* de er

Livsvandringen for den enkelte er uforudsigelig og ligner som regel ikke det vi planlægger



Livsvandringen påvirkes af personer og steder som vi ikke har kontrol over



- ◆ Kapitel om barrierer i behandling for alkoholafhængighed

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

MENNESKER MED ALKOHOLPROBLEMER

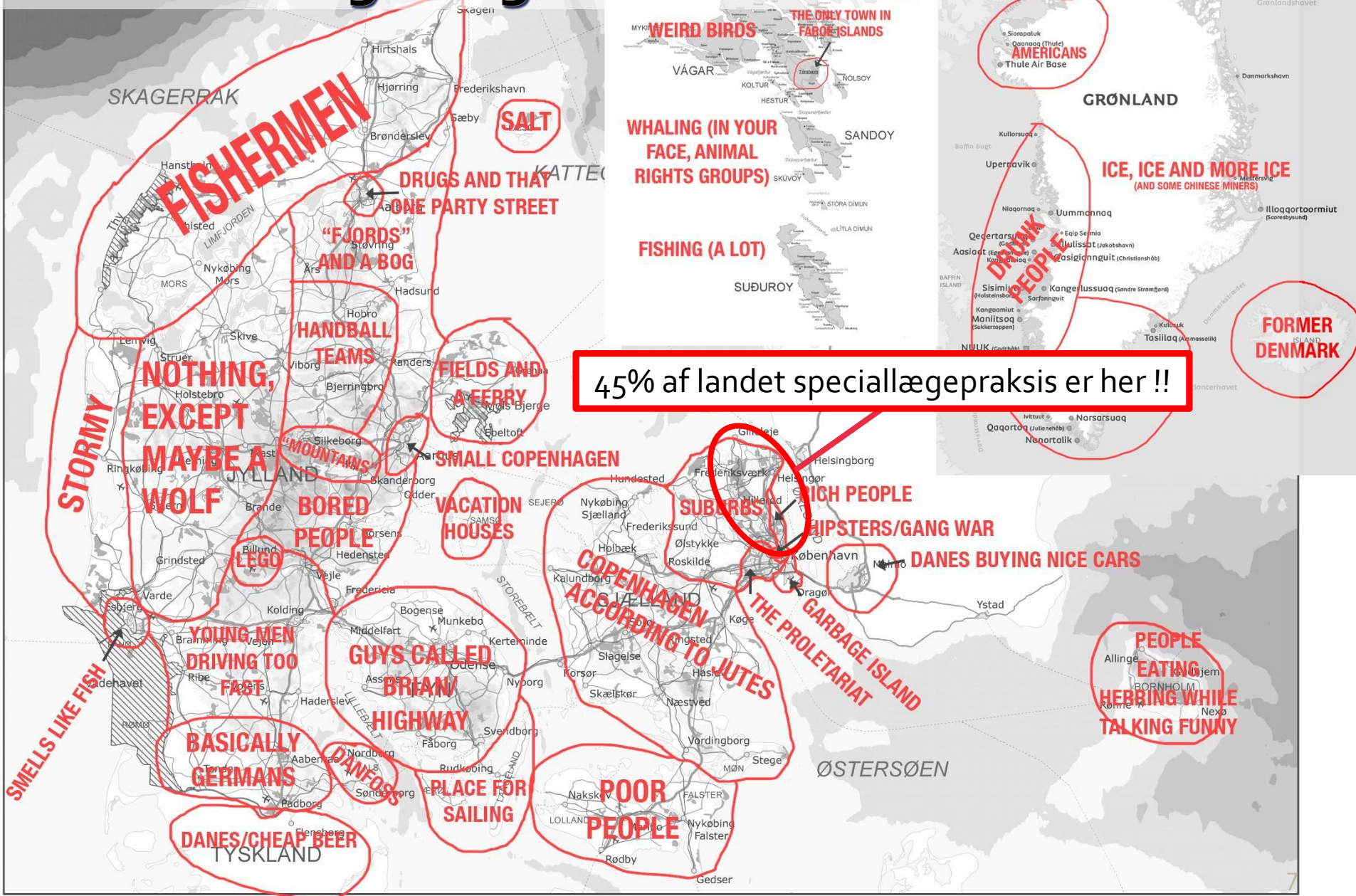
baggrund, belastning, behandling.

Redigeret af Nina Brünés, Bjarne Stenger Elholm
og Nanna Kappel



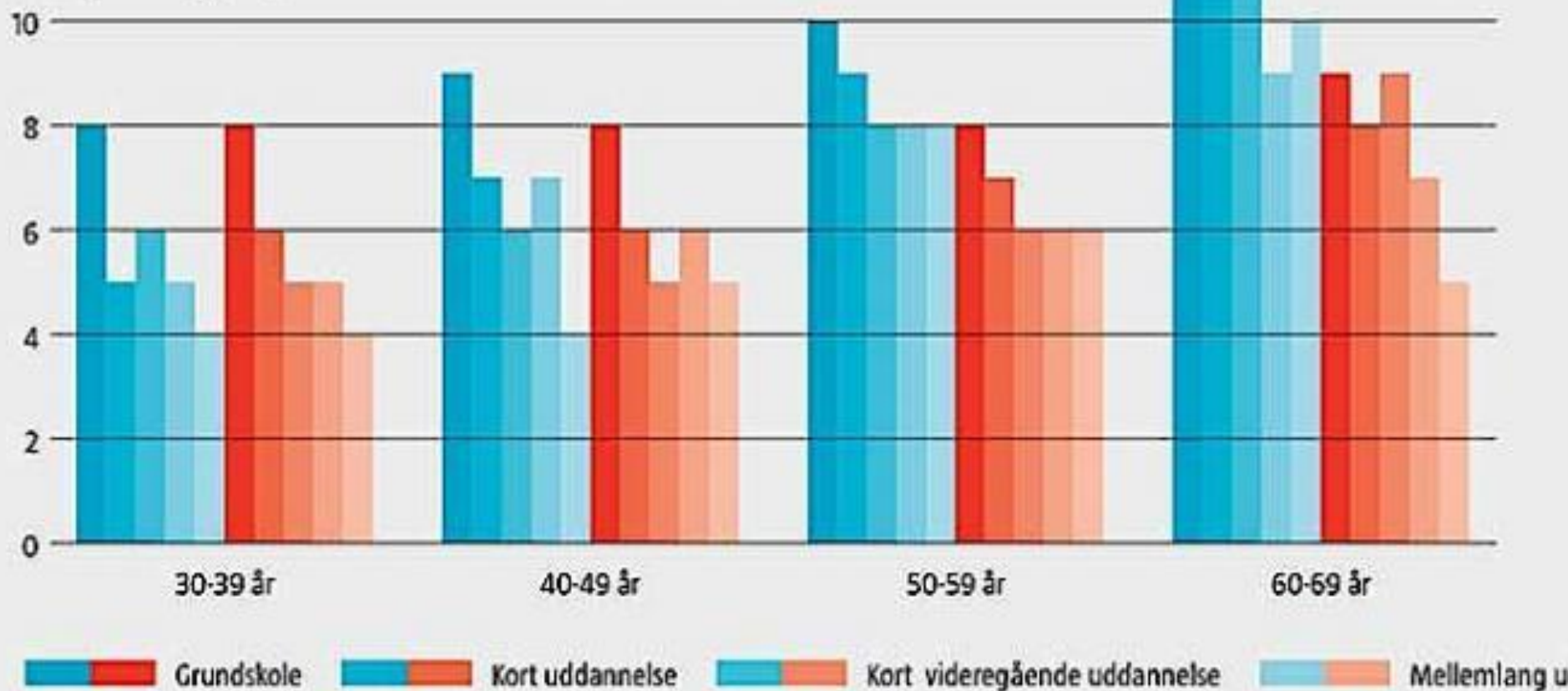
UDSATHEDENS KOMMUNALE DANMARKSKORT

Hvad ved vi egentlig om hinanden ?

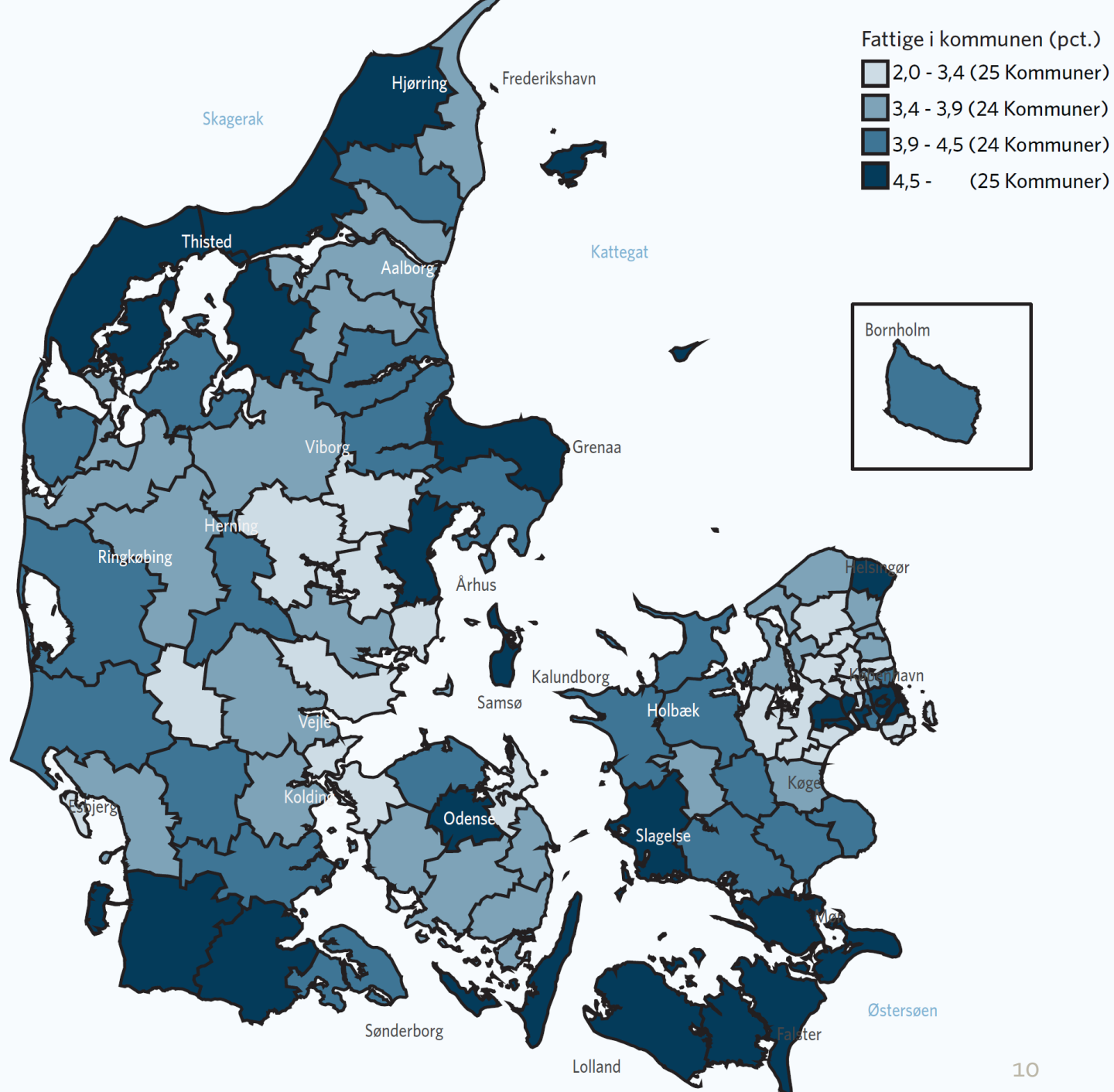


De lavest uddannede bliver genindlagt

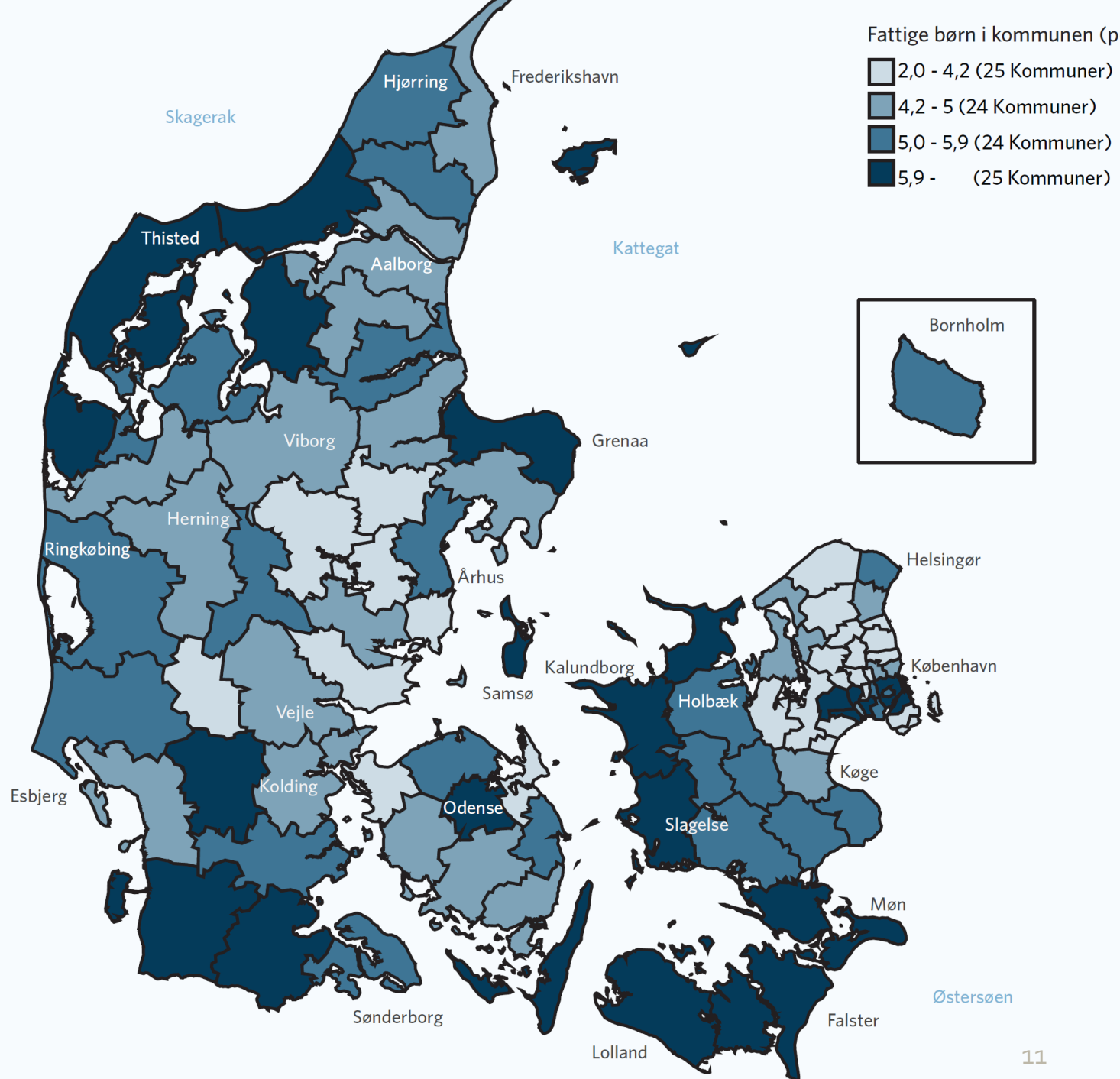
Andel genindlæggelser, %



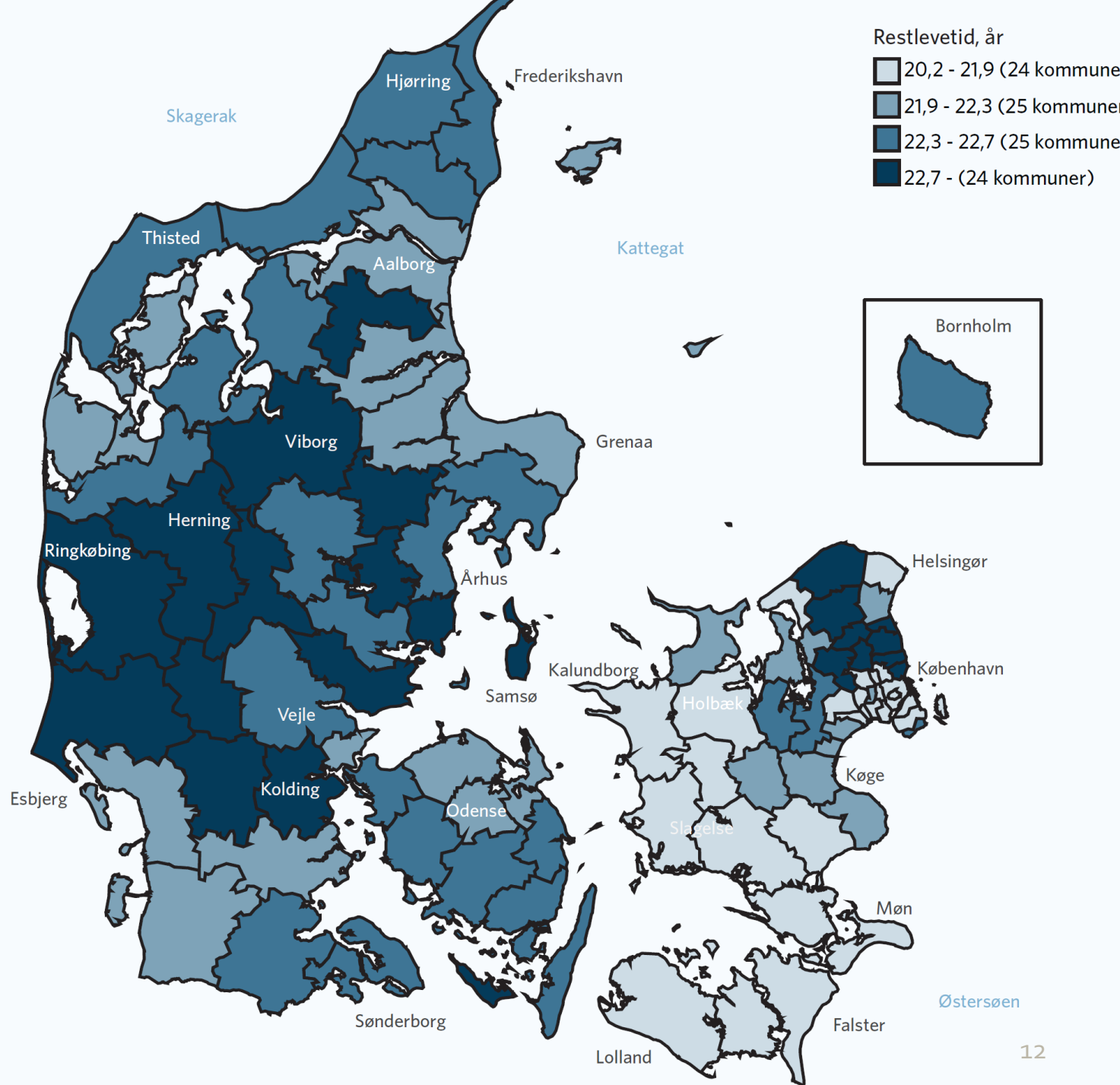
Fattige i kommunerne



Fattige børn i kommunerne

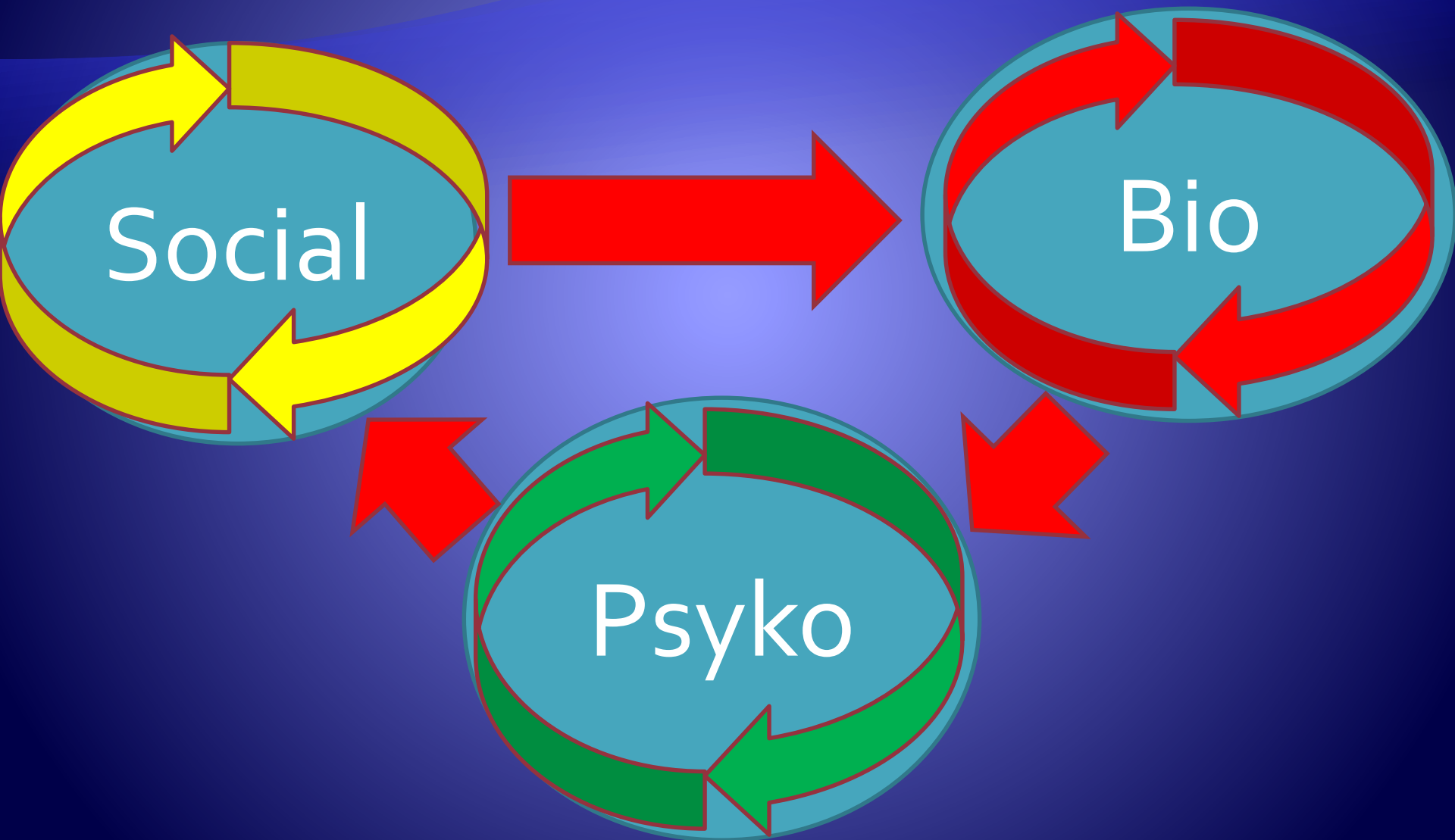


Forventet restlevetid for 60 årige

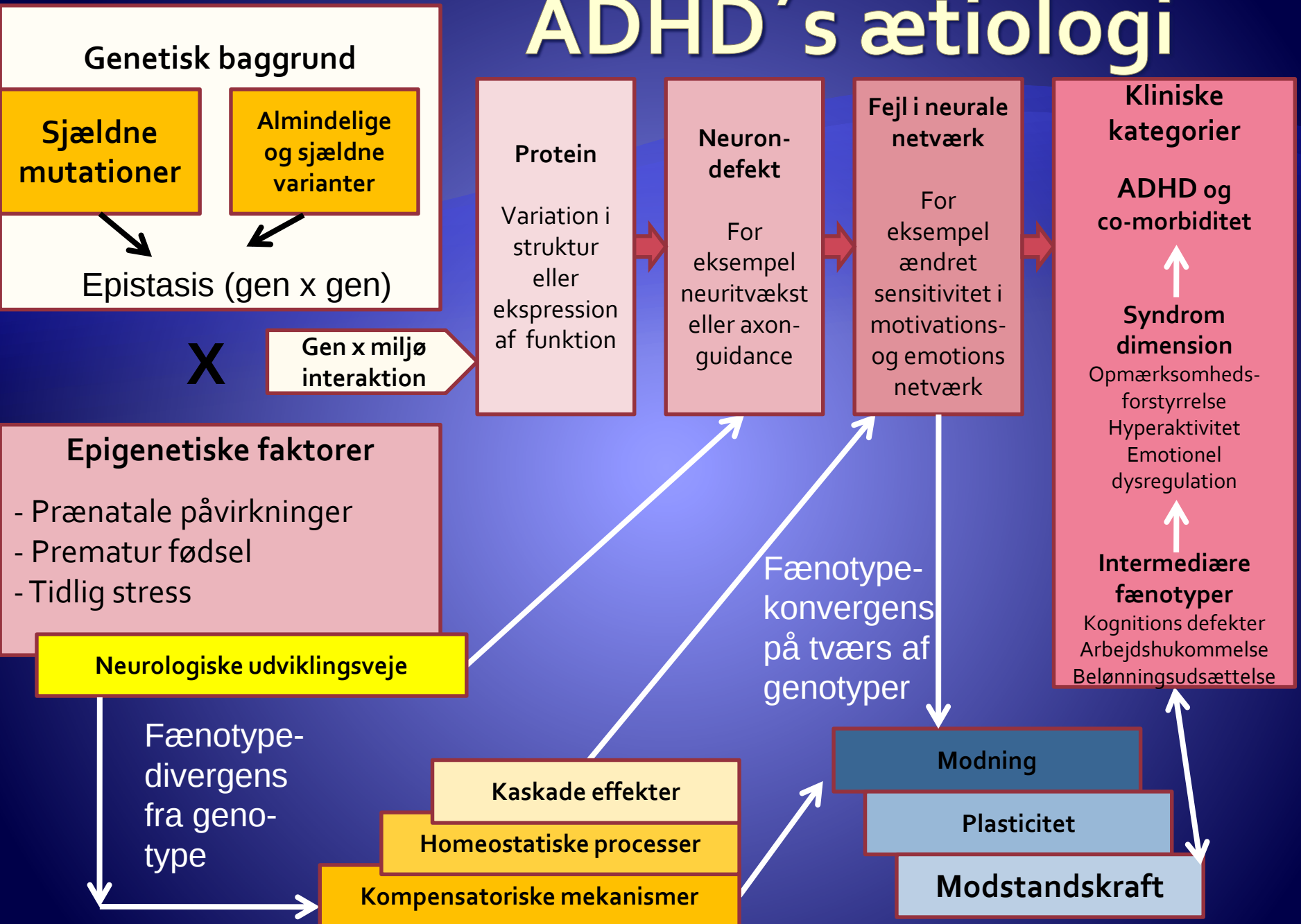


Tingene er så indvævede i hinanden at den største effekt måske kommer ved at sætte ind *udenfor* behandlingssystemet i forhold til socialt udsatte

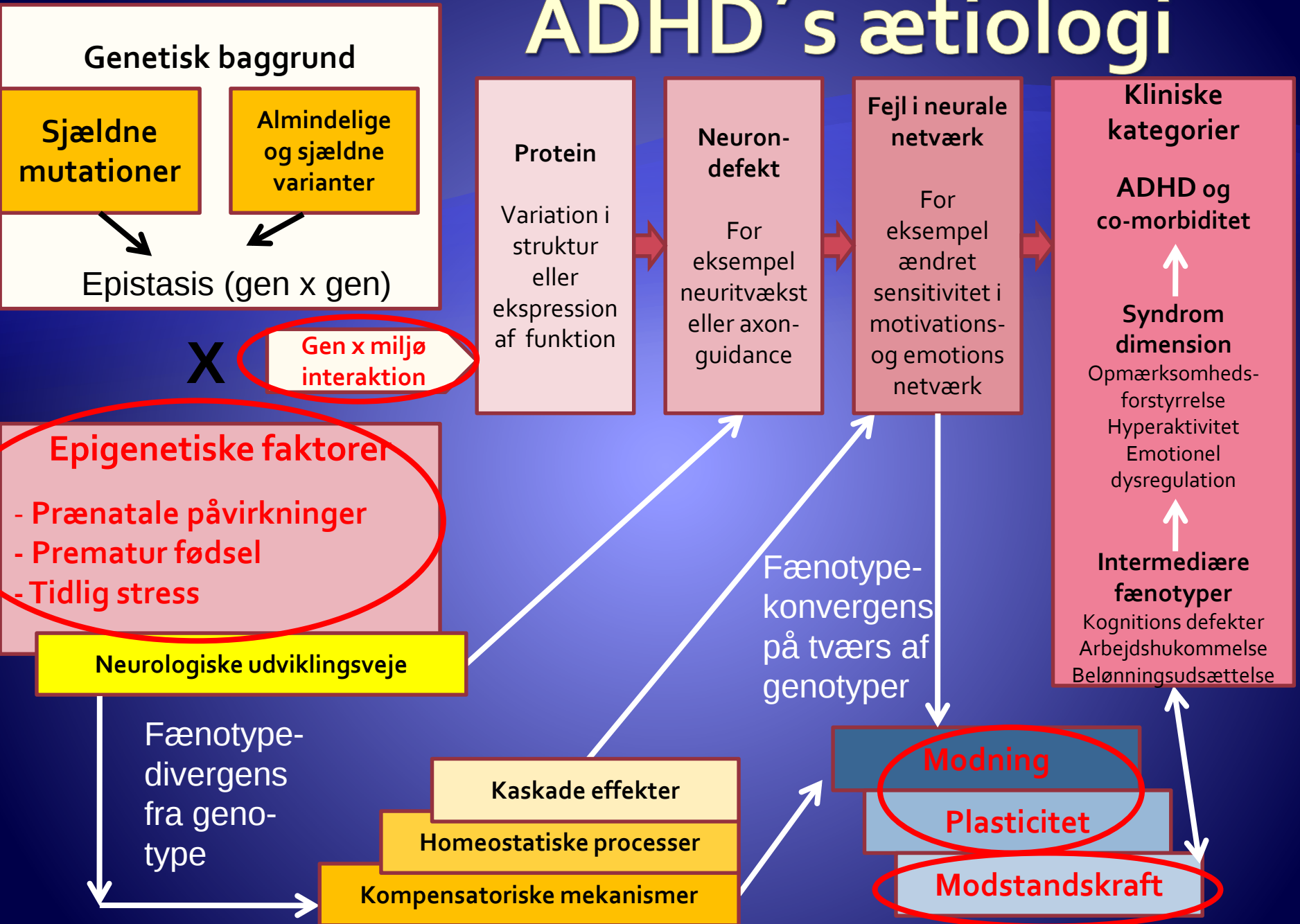
Biologien forvirrer ...



ADHD's ætiologi



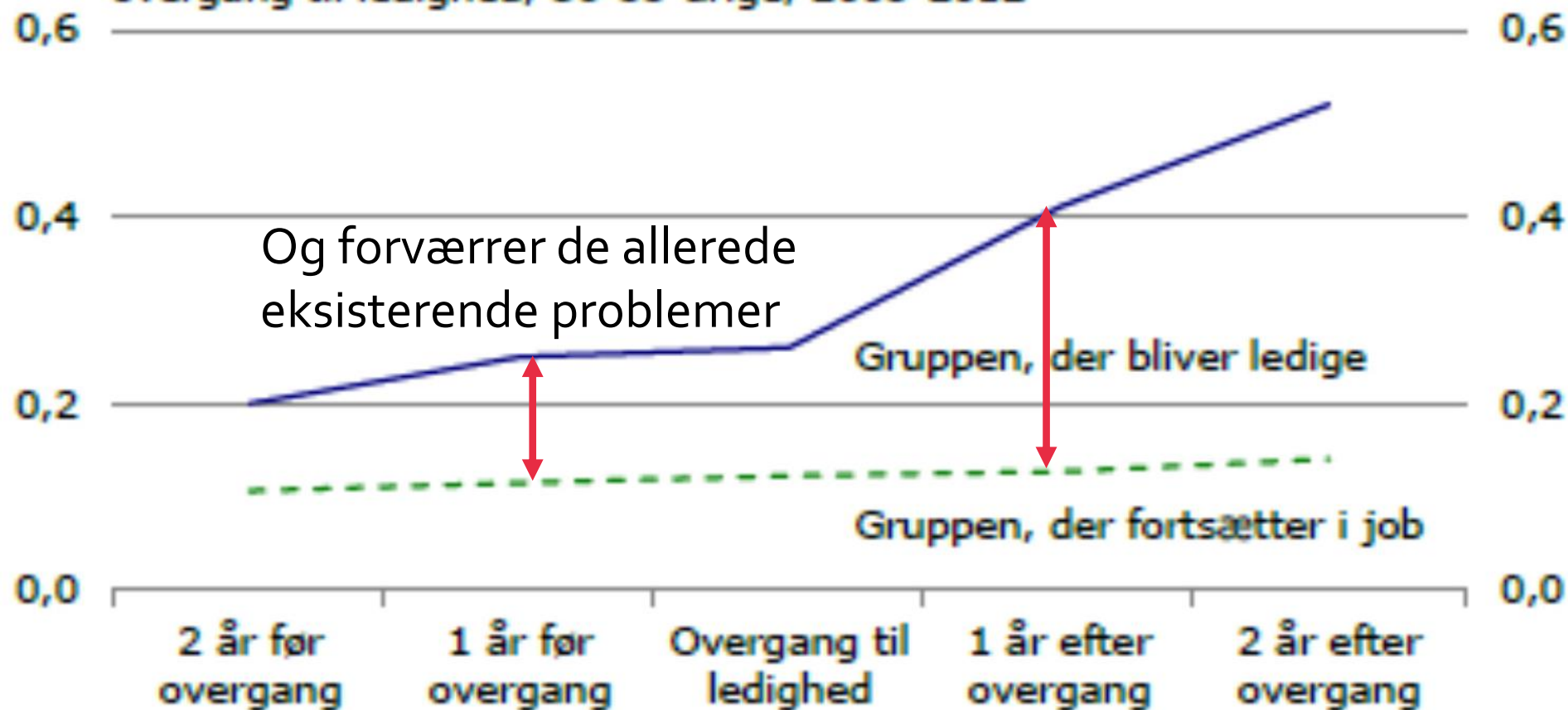
ADHD's ætiologi



ARBEJDSMARKEDET OG ALKOHOLMISBRUG

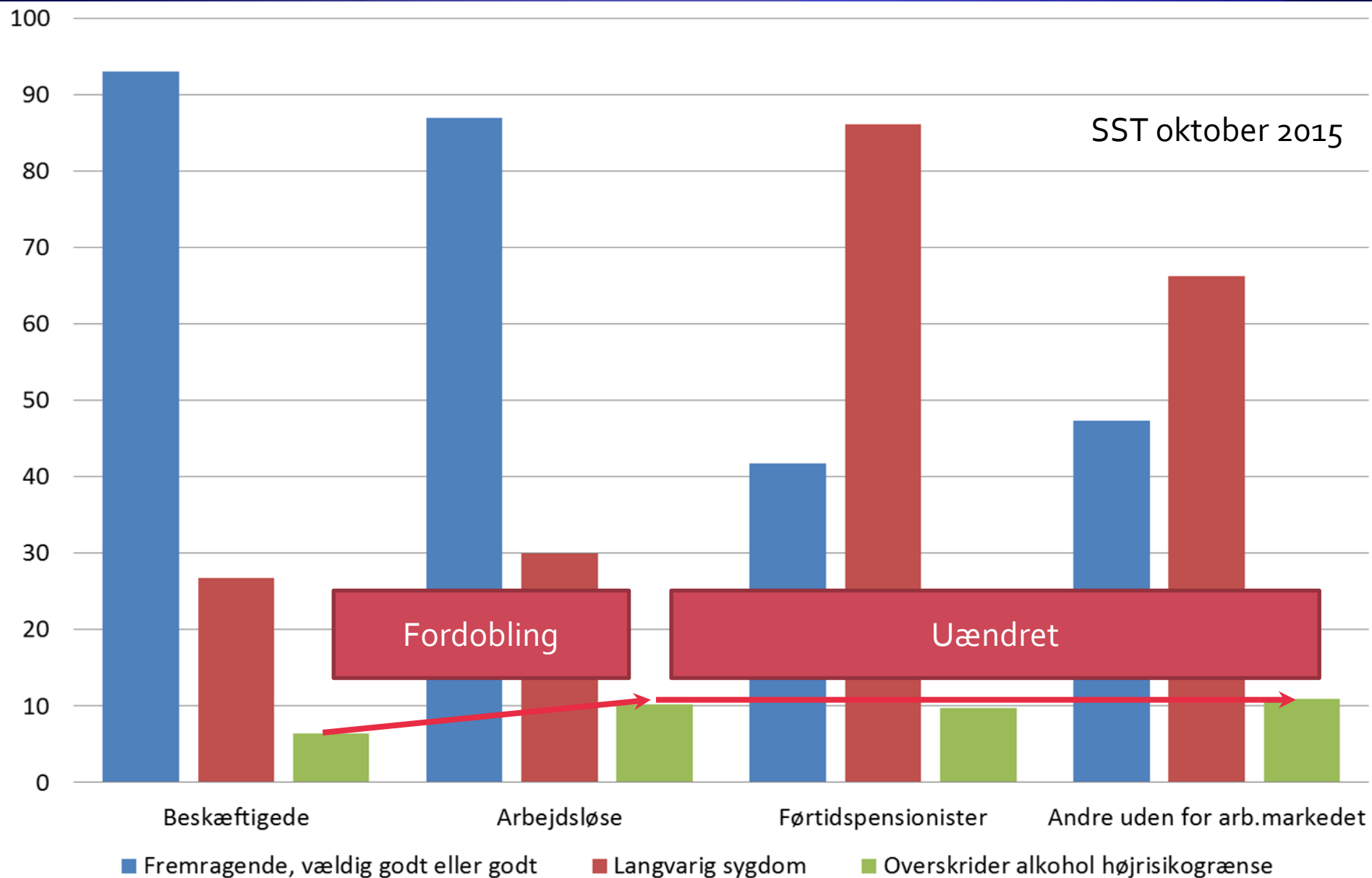
På kanten af arbejdsmarkedet : Tab af job giver psykiske problemer

Gennemsnitligt antal besøg hos psykolog eller psykiater, før og efter overgang til ledighed, 30-55-årige, 2005-2012



Og forværrer de allerede eksisterende problemer

Selvurderet helbred, langvarig sygdom, stort alkoholforbrug fordelt på erhvervsmæssig stilling



Rådet for Socialt Udsattes undersøgelse af Sundhed og Sygelighed
blandt socialt udsatte i Danmark

SUSY UDSAT

Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007

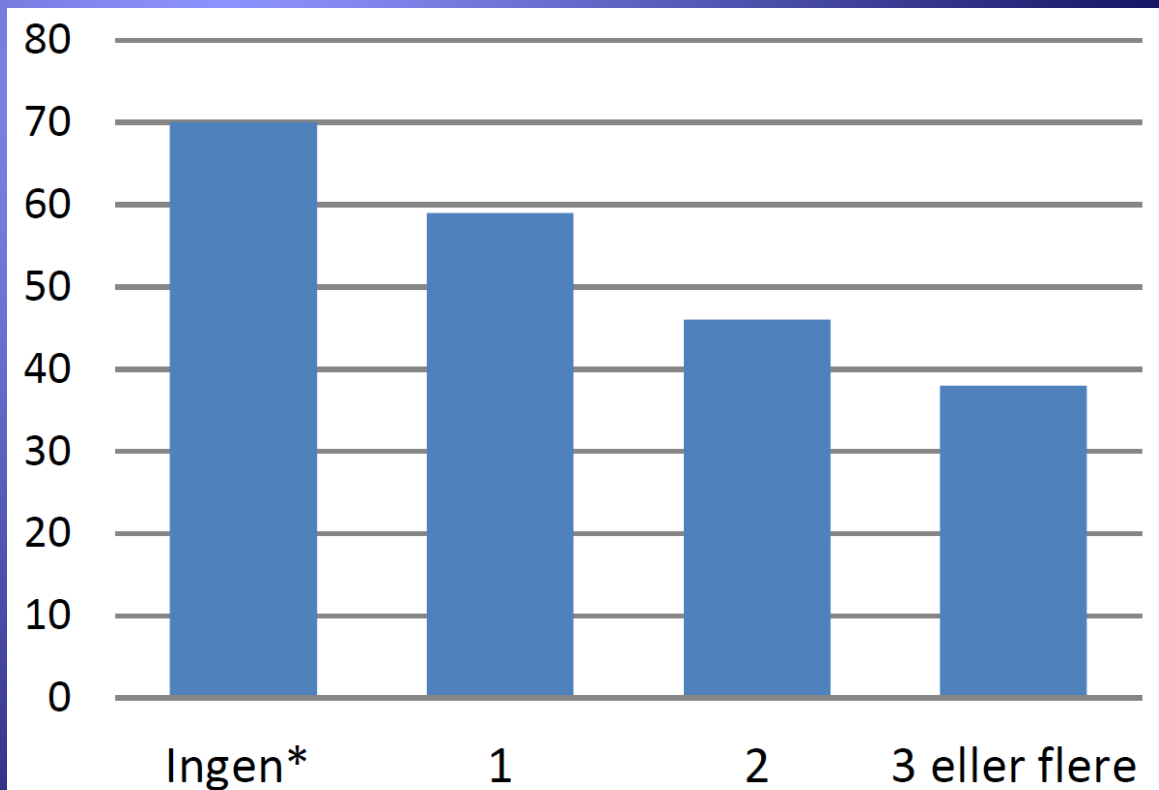


Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark i 2012

- ◆ Andel med fremragende, meget godt eller godt selv vurderet helbred (0-5 belastninger)

5 belastende faktorer:

alkoholmisbrug
psykisk sygdom
hjemløshed
stofmisbrug
fattigdom



SUSY UDSAT 2012.

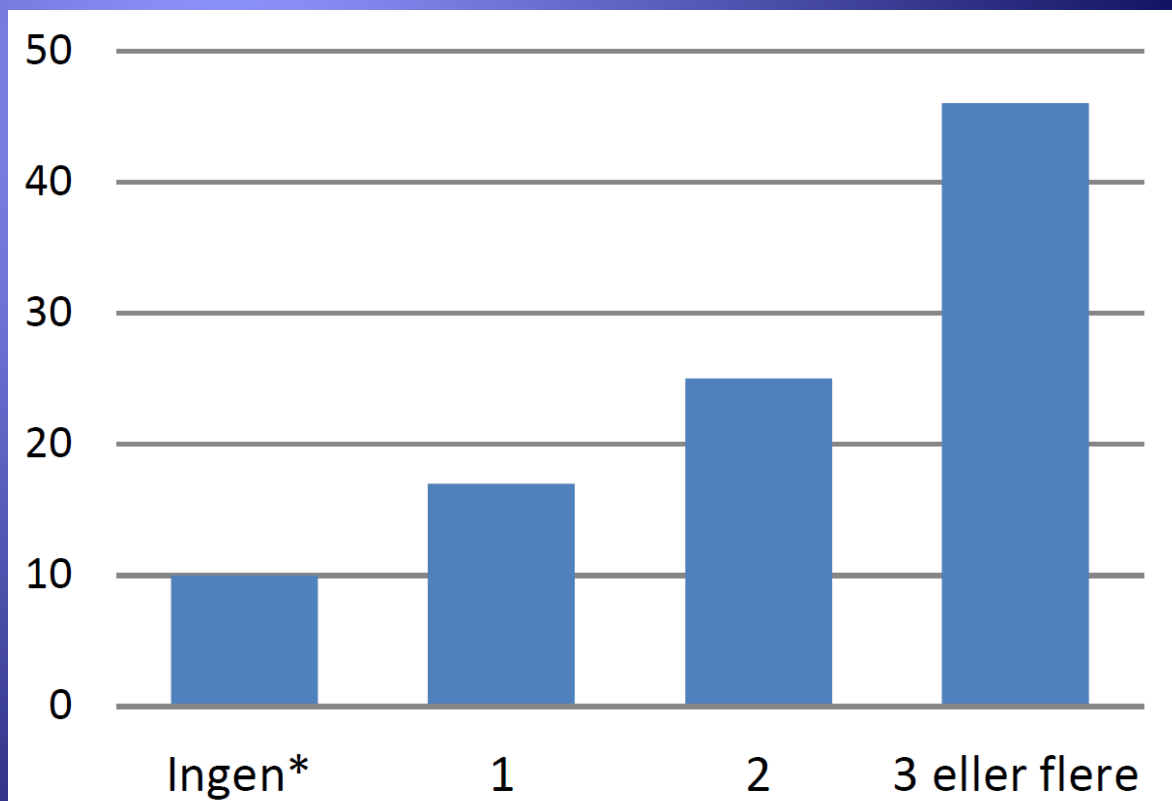
Sundhedsprofil for socialt udsatte
i Danmark 2012 og udviklingen
siden 2007

Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark i 2012

- ◆ Andel som i det seneste år har været udsat for alvorlig fysisk vold (0-5 belastninger)

5 belastende faktorer:

alkoholmisbrug
psykisk sygdom
hjemløshed
stofmisbrug
fattigdom



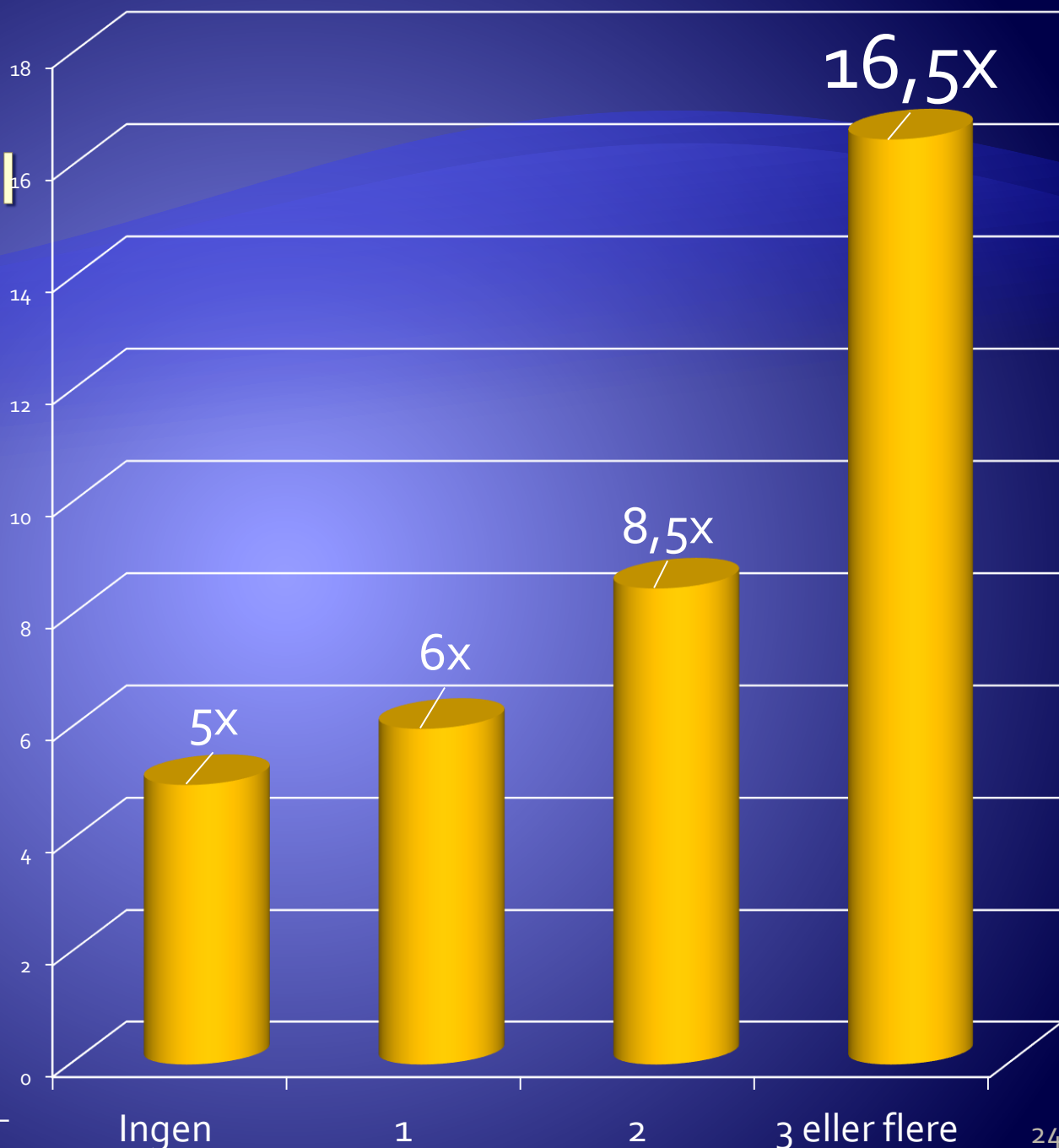
SUSY UDSAT 2012.

Sundhedsprofil for socialt udsatte
i Danmark 2012 og udviklingen
siden 2007

Overdødelighed relateret til antal af rapporterede problemer

5 belastende faktorer:

- alkoholmisbrug
- psykisk sygdom
- hjemløshed
- stofmisbrug
- fattigdom



Dødelighed blandt socialt udsatte i
Danmark 2007-2012. M.Davidsen, mfl. –
SIF, Rådet f. Socialt Udsatte, 2013

Baggrunden

- ◆ "social udsathed" er et udtryk for grad af belastning
- ◆ Øget belastning medfører øget sygelighed og tidlig død
 - ◆ Misbrug og psykisk sygdom er blot to af elementerne som tager 24 år af de mest udsattes liv
- ◆ Løsningen er at kende problemerne og sætte ind overfor dem
- ◆ Og det har vi jo sundhedsvæsenet til ...

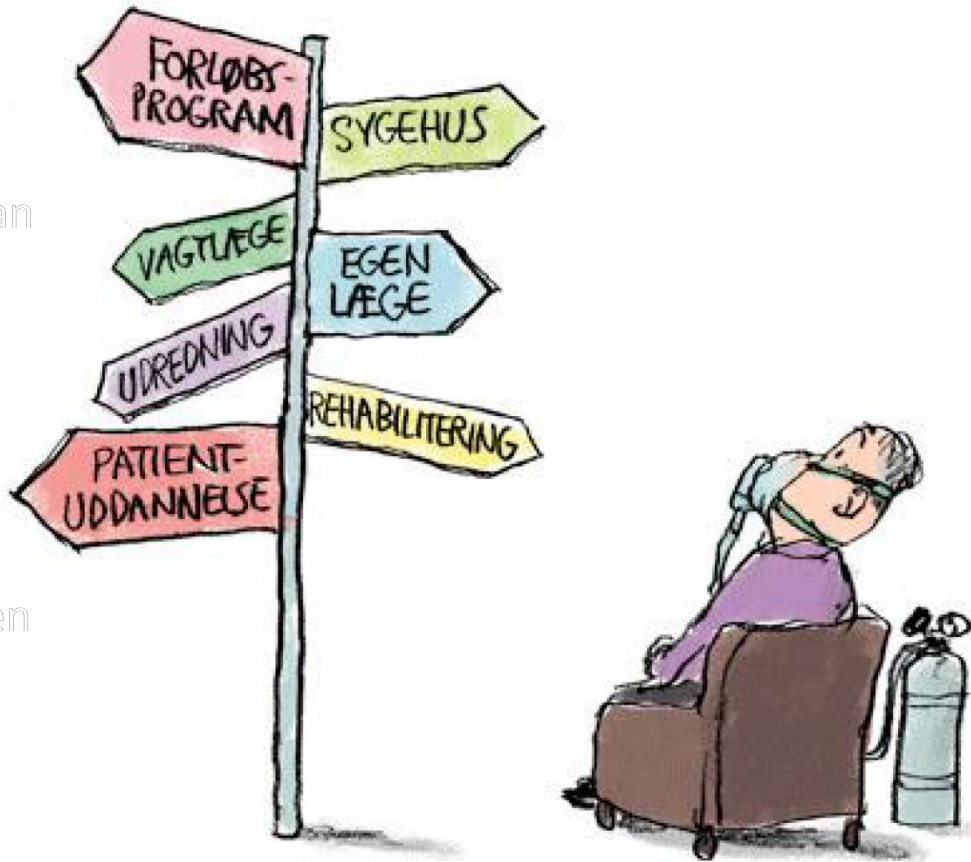
Baggrunden

- ◆ MEN det løser tydeligvis ikke opgaven
 - ◆ Der er stigende ulighed i sundhed
- ◆ Så på en eller anden måde må der nye spillere på banen eller de gamle må opgraderes
- ◆ IKKE et parallelt sundhedsvæsen eller et andenrangs sundhedsvæsen – men et system og en tænkning som er parat til kommunikation og behandling af multimorbiditet

Dårlig kommunikation er en barriere for gode patientforløb for KOL-patienter

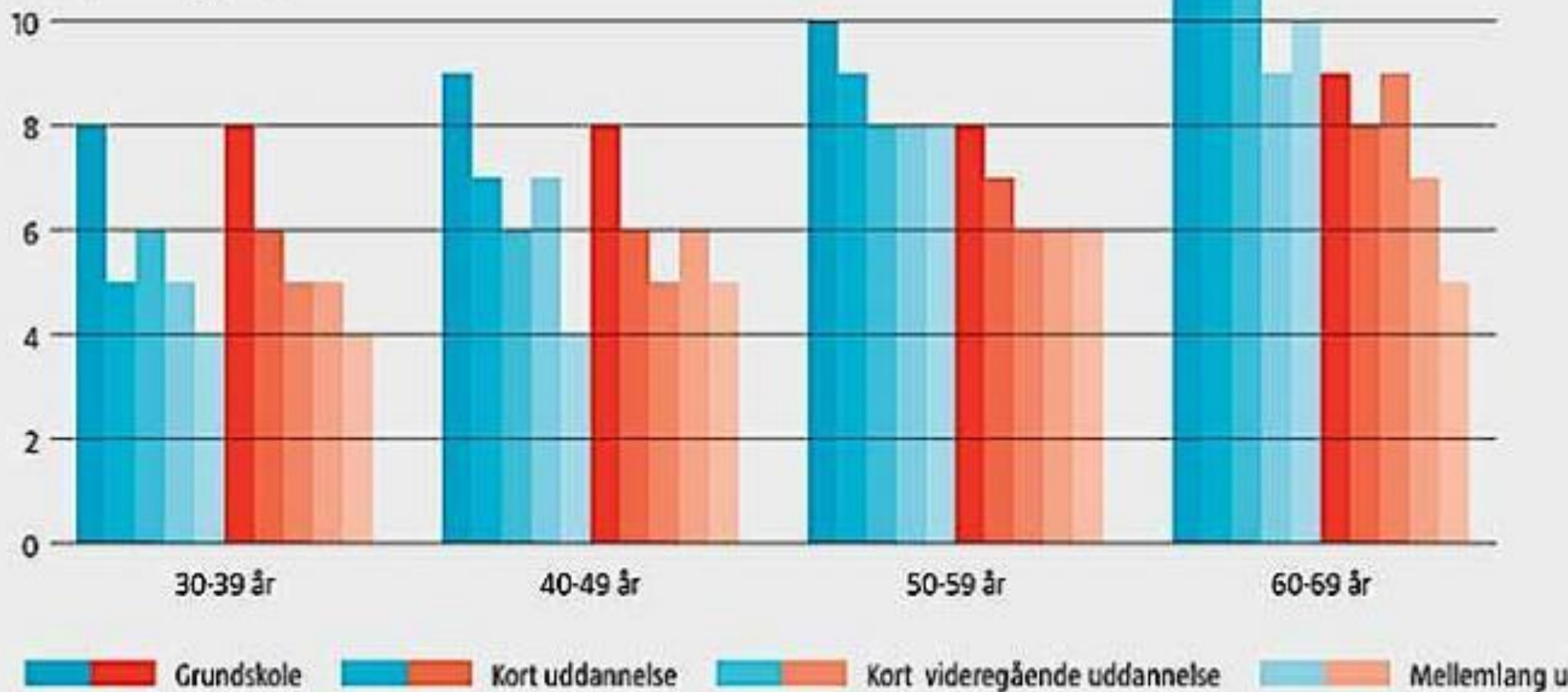
Selv korte besøg hos lægevagten kan være et eksempel på en problemudløsende overgang.

Mange patienter tror nemlig, at nu har de været 'hos læge', når de har været i lægevagten i ti minutter søndag aften, og glemte, at lægen sluttede med at bede dem søge egen læge.



De lavest uddannede bliver genindlagt

Andel genindlæggelser, %



Det specialiserede og søjleopdelte

- ◆ Tendens til at det fragmenterer i lukkede enheder
- ◆ Tendens til at søjleopdelingen også breder sig til det sociale system med sundhedsvæsenet som forbillede
- ◆ Almen praksis tenderer mod at blive ambulatorie
- ◆ Den socialt udsatte har svært ved at navigere mellem systemerne

Den personlige relation

- ♦ Den personlige relation svinder
- ♦ Man tilbydes *ydelser* som ikke er personbårne men systembårne
- ♦ Siloopdelingen breder sig til kommunerne med nye interne snitfladeproblemer til følge
 - ♦ Helhedsbilledet tabes mellem siloerne
 - ♦ Almen praksis ændrer sig hen imod en ambulatorietankegang på grund af det regionale pres

**KAN VI GÅ DEN MODSATTE
VEJ?**

Den socialt udsatte

- ◆ Befinder sig i krydsfeltet mellem social og sundhed i kommunerne
- ◆ Og mellem almen praksis og hospital i regionerne
- ◆ Det giver snitflade- og samspilsproblemer for mennesker som har svært ved at orientere sig i forvejen

Socialvæsen

- ◆ Socialvæsenet vil gerne være lige så strømlinet som sundhedsvæsenet .. Og presses derhen politisk
- ◆ Så forsvinder den reelle relation og dermed svinder også tilliden .. Måske også mere generelt til samfundet?

Sundhedsfremme

- ♦ Sundhedsfremme for mennesker uden fungerende socialt netværk starter med det sociale

Ulighed i sundhed

- ♦ Uanset intentionerne har systemer tendens til at rette fejl ved at være mere intensive i at bruge de redskaber der allerede er i brug.
- ♦ Store enheder giver bedre specialistbehandling – men større enheder placeres ofte langt væk fra hvor de udsatte opholder sig
- ♦ Almenpraksis er indgangen til sundhedsvæsenet men tilpasses i disse år til stordriftstænkningen
 - ♦ Forstærket af lægemangel

Kan vi lave standardisering og pakkeforløb med henblik på øget lighed?

- ◆ Næppe
 - ◆ Stor variation i sygdomme og sygdomsprogression inden diagnose
 - ◆ Kun ca. 50% er "pakke-patienter"
 - ◆ Overlevelse og prognose associeret med social status
 - ◆ Ca. 10-20 % følger ikke "pakken", delvist af individrelaterede årsager

Ulighed i sundhed

- ◆ Kan nogle af de løsninger som tidligere har håndteret en ringe sundhedstilstand blandt fattige mennesker bringes i spil ?

4 EKSEMPLER PÅ LØSNINGER

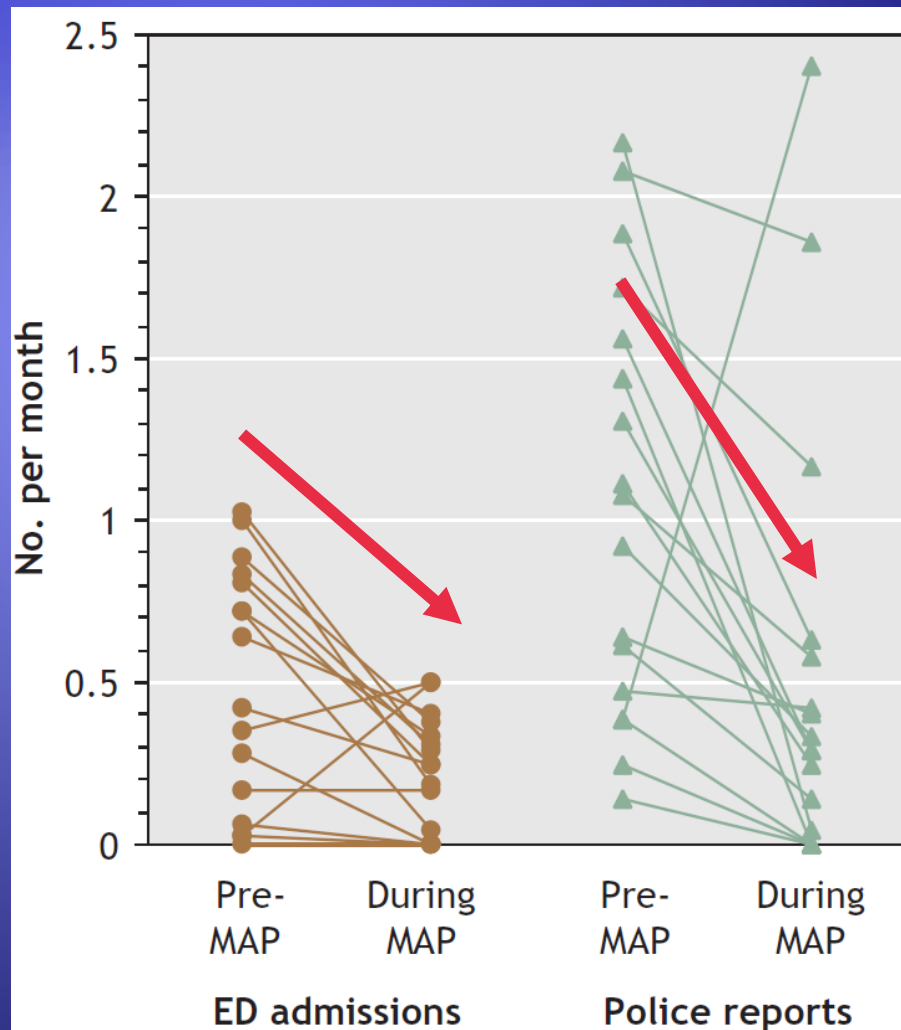
EX. 1

**ALKOHOLUDSKÆNKNING TIL
AKTIVT DRIKKENDE HJEMLØSE
I CANADA**

Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol

- ◆ **Methods:** Subjects enrolled in MAP were dispensed alcohol on an hourly basis. (minimum 5 months)
- ◆ Hospital charts were reviewed for all emergency department (ED) visits and admissions during the 3 years before and up to 2 years after program enrolment, and the police database was accessed for all encounters during the same periods.
- ◆ The results of blood tests were analyzed for trends. A questionnaire was administered to MAP participants and staff about alcohol use, health and activities of daily living before and during the program. Direct program costs were also recorded.

Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol



EX. 2

COMMUNITY REINFORCEMENT

APPROACH

.... DE FØRSTE SKRIDT

- ◆ Anbefaling af forsøg med CRA
 - ◆ Community Reinforcement Approach

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR
BEHANDLING AF
ALKOHOLAFHÆNGIGHED

2015

- ♦ Kapitel om alkoholbehandling til mennesker som er hjemløse

Red.: ULRİK BECKER og JANNE S. TOLSTRUP

Alkohol

brug, konsekvenser
og behandling



MUNKSGAARD

Selvrapporterede resultater fra deltagere i "Beskæftigelsen" Sundholm ved start og efter 3 måneder

	2014	2016
Misbrug ved start (generelt)	87%	75%
Misbrug ved start (alkohol)	50%	50%
Fri af misbrug ved (3 mdr.)	26%	11%
Reduceret forbrug (3 mdr.)	36%	56%
Mindre forbrug i alt	62%	67%

EX. 3

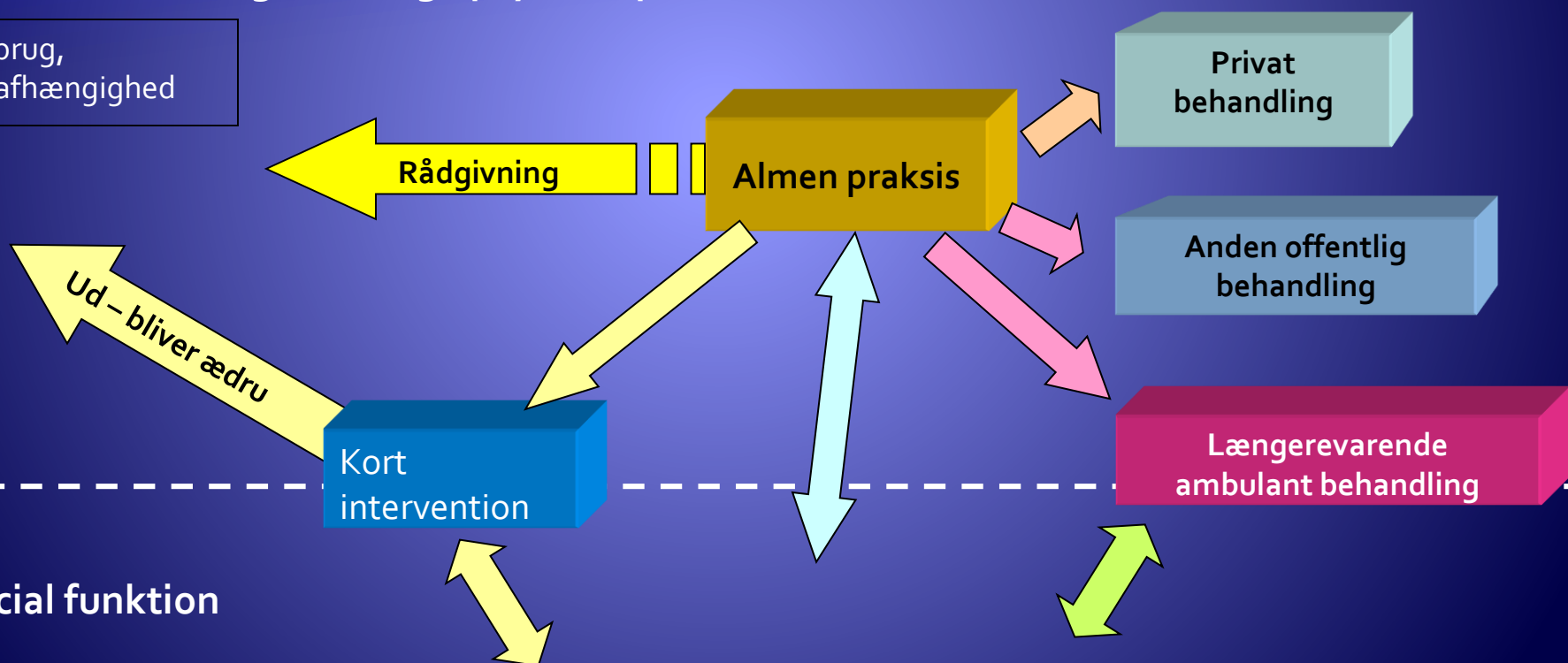
DUPLIKAT AF DET PRIMÆRE
SUNDHEDSVÆSEN TIL SOCIALT
UDSATTE, KØBENHAVN

Niveauer i kommunal alkoholbehandling

Niveau I:

+ social funktion, ingen særlige psykiske problemer

Overforbrug,
Lettere afhængighed

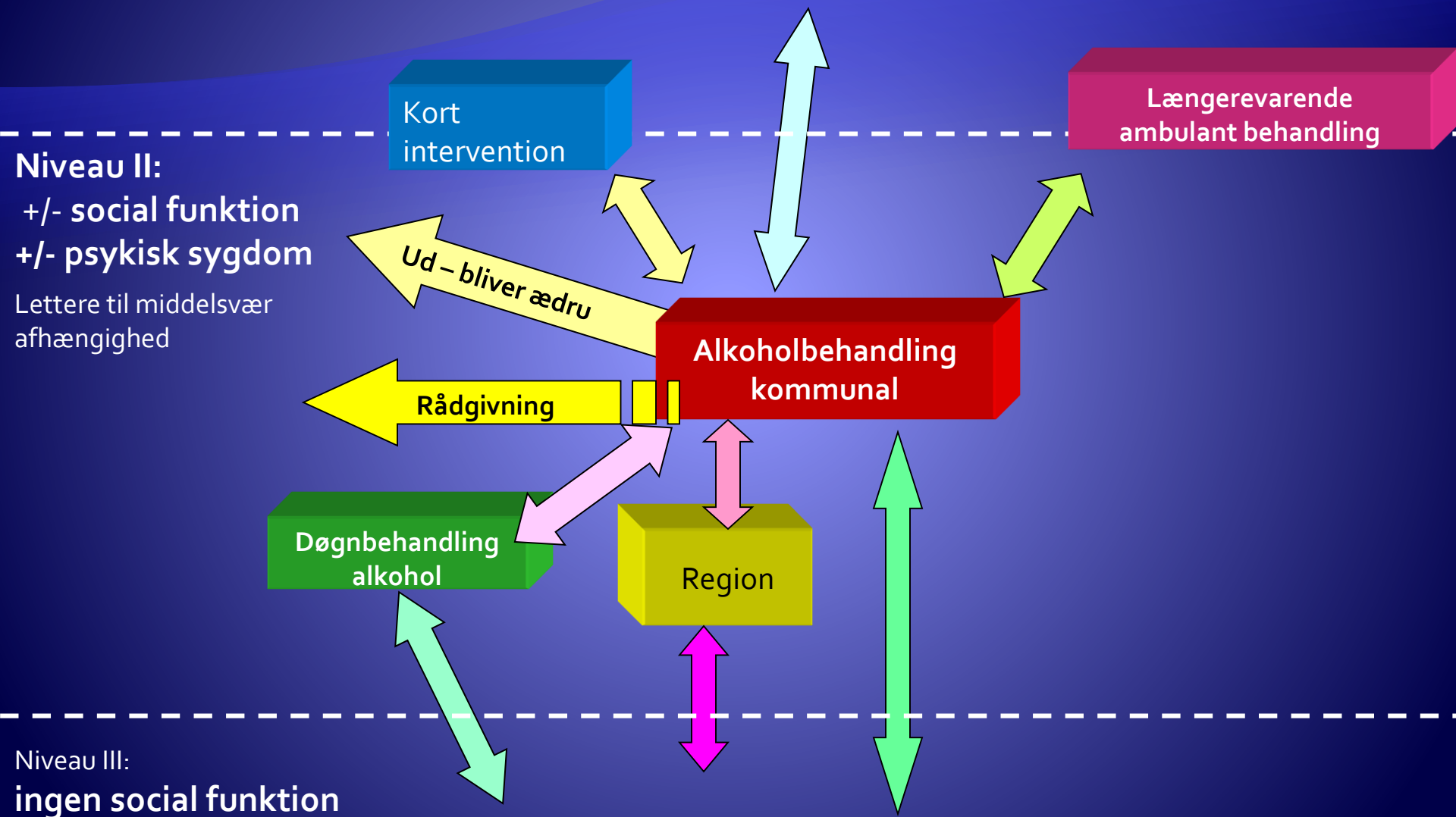


II:

+/- social funktion

Lettere til middelsvær
afhængighed

Niveauer i kommunal alkoholbehandling

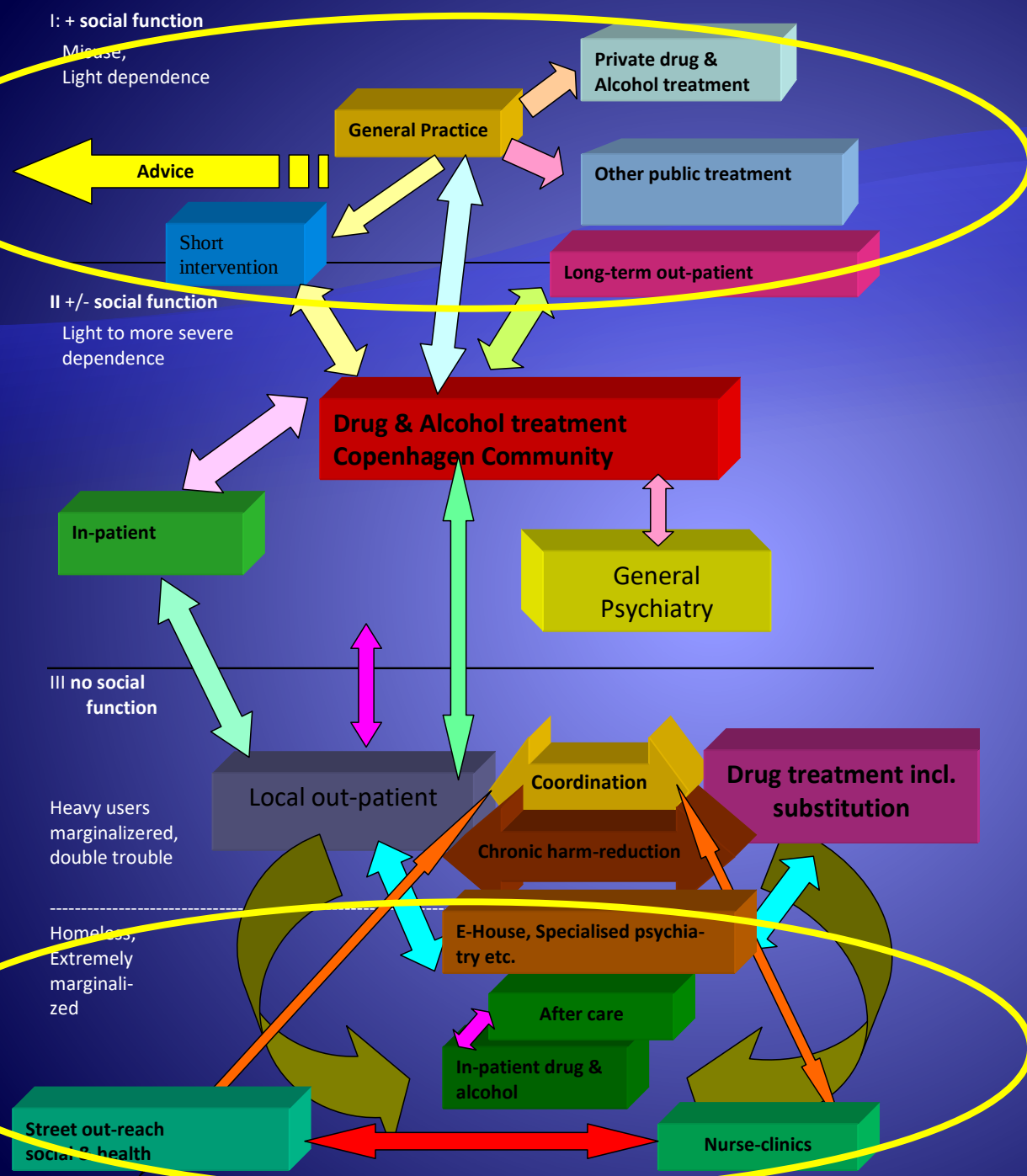


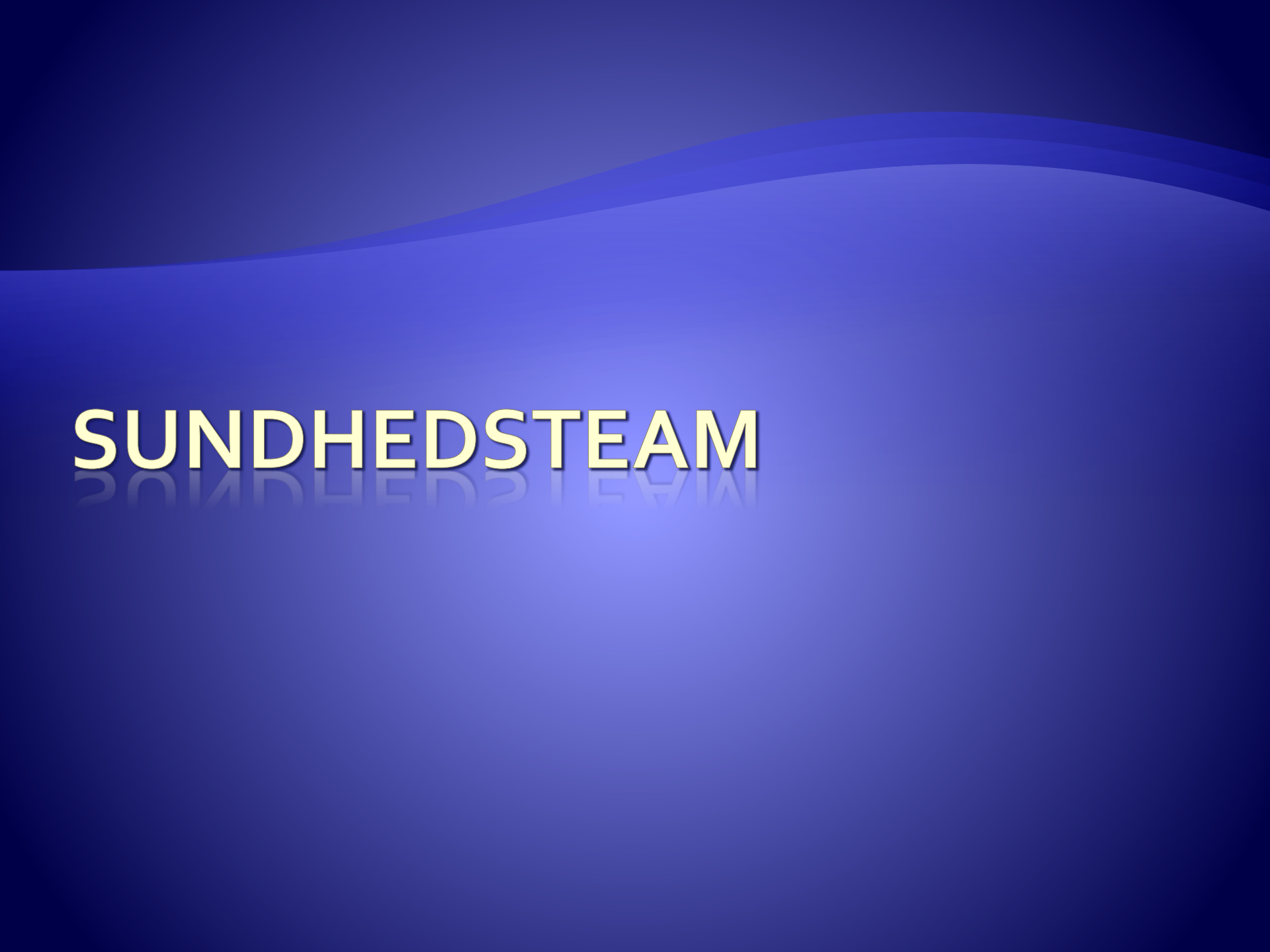
Niveauer i kommunal alkoholbehandling



Niveauer i kommunal behandling

Primær sundheds-tjeneste



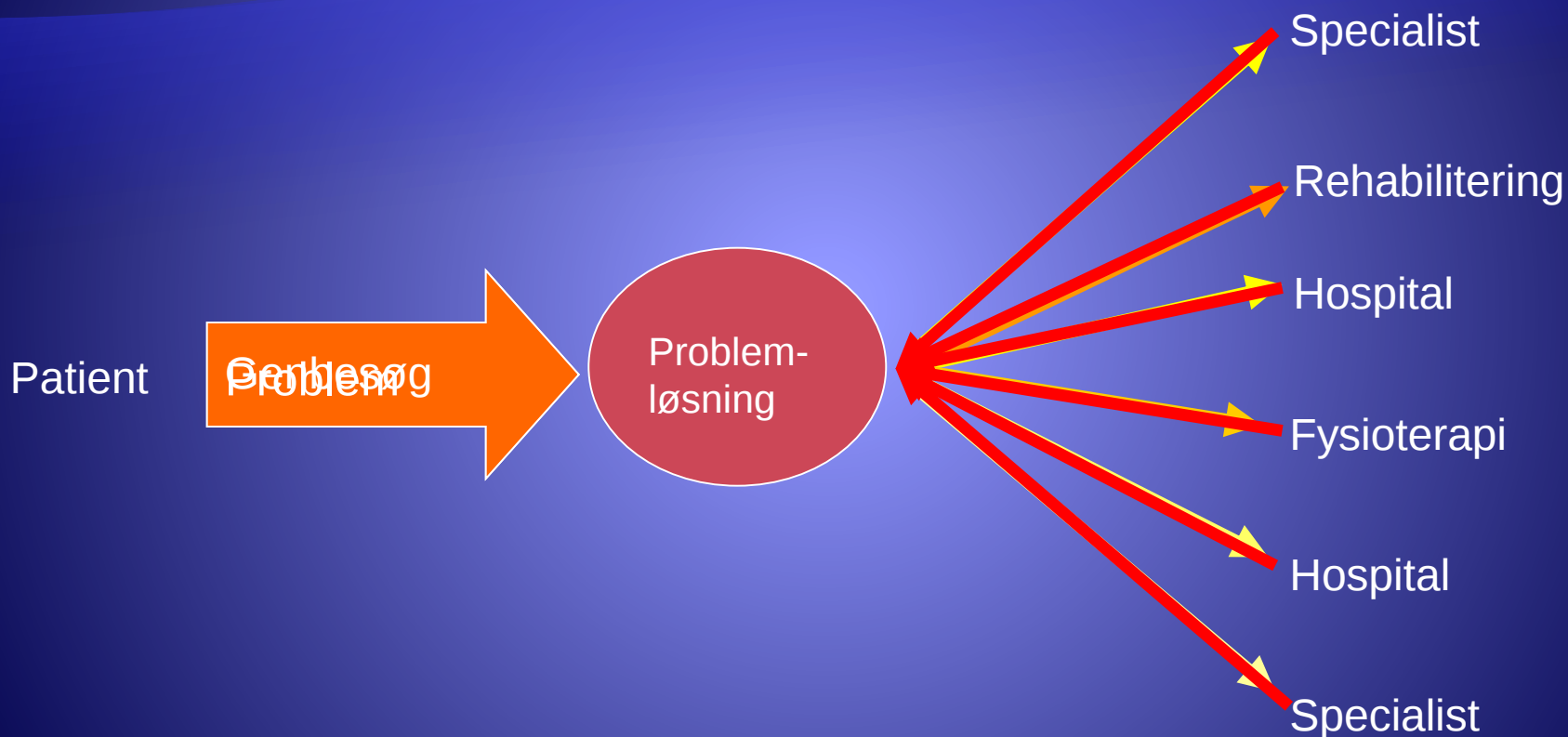
The background is a solid blue gradient. A wavy, horizontal line in a slightly lighter shade of blue runs across the upper portion of the image, creating a sense of depth and movement.

SUNDHEDSTEAM

SundhedsTeams patienter

- ◆ 57% kender slet ikke egen læge
- ◆ 91% har reelt ikke adgang til almen praksis
- ◆ 43% kender egen læge men
 - 69% af dem kan ikke komme i praksis eller kan ikke kommunikere med egen læge

Almen praksis til alle borgere



Almen praksis til alle borgere

**Problem-
løsning**

Sundheds
Team

Opsøgende
socialarbejde

Behandling
Social ydelse

Specialist

Speciale behov

Alkohol-
stofbehandling

EX. 4

SYSTEMINTEGRATION

Lolland & Guldborgsund kommuner

Sammen om min vej



PARTNERSKABET

Region
Sjælland

Lolland
kommune

Guldborgsund
kommune

Psykiatrien

Nykøbing F.
Sygehus

Almen praksis
PLO

Business LF

Civilsamfund

Målgruppen

Hele befolkningen
i Lolland og
Guldborgsund
kommuner på tværs
af alder, køn, etnicitet
og sundhedsprofil



Seks indsatsområder

Lige adgang til sundhedstilbud

Hensigtsmæssige akutforløb

Kronikerindsats

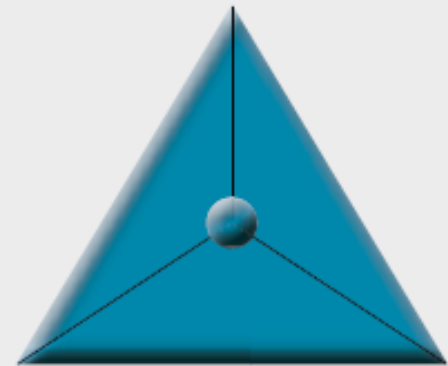
Fremtidens voksne

Sundt erhverv

Nye veje

Tre mål

Fremme sundhed og trivsel



Bedre
kvalitet for
den enkelte

Effektiv
anvendelse
af midler



FREMME
lighed i sundhed

Målgruppe

◆ Inklusion:

- ◆ Mennesker med en eller flere af følgende:
 - ◆ Kroniske sygdomme, herunder multisygdom
 - ◆ Psykisk sygdom og/eller misbrug
 - ◆ Sociale udfordringer (uden for arbejdsmarkedet, manglende netværk etc.)
 - ◆ Hyppige og forskellige kontakter på tværs af social-og sundhedsvæsenet

◆ Eksklusion:

- ◆ Demens, cancer eller terminal sygdom
- ◆ Ikke kan eller vil samarbejde

Case: Mand midt i 40'erne

KOL og alkoholmisbrug

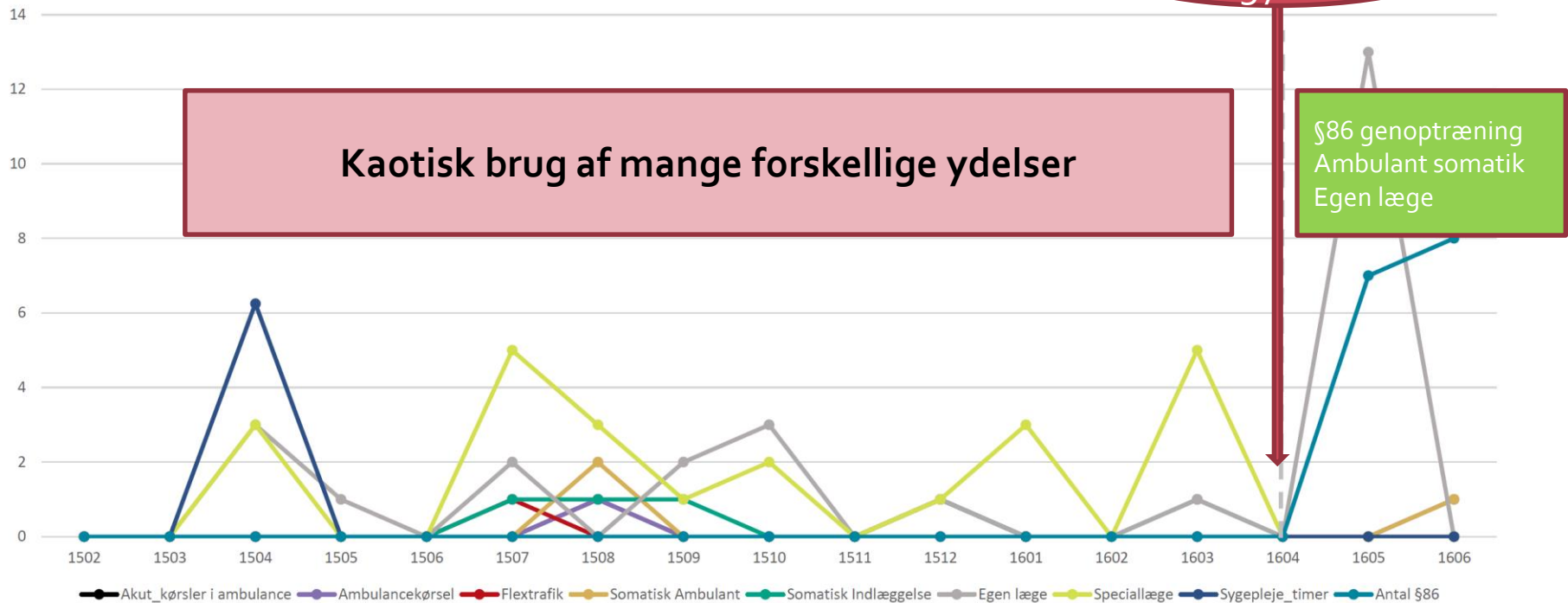
- ◆ Bor alene i lejemål. God kontakt til forældre
- ◆ KOL og alkoholmisbrug gennem mange år
- ◆ Fyret fra job sommer 2015 pga. misbrug
- ◆ Gentagne akutte indlæggelser fra juli 2015-marts 2016. Indlægges pga. vejrtrækningsproblemer og afrusning
- ◆ Bliver hurtigt forpustet
- ◆ Sparsom kontakt til egen læge siden 2010
- ◆ Selvvurderet helbred: Dårligt

- ◆ **ØNSKER OG DRØMME FOR FREMTIDEN**
 - ◆ At have noget at stå op til
 - ◆ Komme ud af sit misbrug
 - ◆ At få det bedre med vejrtrækningen
 - ◆ At komme tilbage til arbejdsmarkedet

Interventionen

- ◆ Bisidder med til praktiserende læge
- ◆ Kontakt til sygehuset med henblik på de-briefing
- ◆ Formidle muligheden for og fremskynde deltagelse i eksisterende kommunale tilbud
- ◆ Coaching via besøg i hjemmet og pr telefon i forhold til kontakten til fx jobcenter
- ◆ Håndholdt forløb i starten – senere kontakt efter behov

Brug af ydelser på tværs af sektorer



HVAD VIRKER?

Hvad virker?

- ◆ Kontakt, kommunikation og tillid er centrale

Det starter med kontakten

- ◆ Og den skal være mundtlig og ikke skriftlig
 - ◆ Mange er dårligt læsende og skrivende
- ◆ Der er en fragmenteret struktur for mennesker som fejler flere ting
 - ◆ både i sundheds- og socialvæsenet
- ◆ ..Vi har mistet den personlige relation og erstattet den med en "professionel"

Den ældre patient

- ♦ Med alder kommer multimorbiditet og i det nuværende søjleopdelte sundhedsvæsen er det svært at navigere uden at fare vild
 - ♦ ..
- ♦ Socialt udsatte dør ikke bare tidligere – de ældes også tidligere

Den personlige relation

- ♦ I praksis er det tillid og relation som medfører forandring
 - ♦ Især for personer med svagt netværk
 - ♦ Det ses i mange forhold – at relation og tillid påvirker sygelighed positivt
 - ♦ Smerter, blodtryk etc
- ♦ Men balancen er forskudt mod ydelsesservice

Styringspolitik og Ulighed i sundhed

- ♦ Ved at koncentrere sundhedsvæsenet på større og større enheder kræves det mere og mere af patienten at han selv holder styr på logistikken og tiden

Styringspolitik og Ulighed i sundhed

- ◆ Så en del udsatte patienter tilbydes systemer de ikke kan navigere i og benytter dem derfor ikke

Styringspolitik og Ulighed i sundhed

- ◆ Enkle og fleksible lavteknologiske systemer kan tilpasses til at håndtere et andet sygelighedsmønster
 - ◆ Direkte adgang
 - ◆ Håndholdt service
 - ◆ Vedholdenhed på trods af tilbagefald

Styringspolitik og Ulighed i sundhed

- ◆ For at opnå øget lighed i sundhed skal vi have
 - ◆ Større ulighed i forebyggelsen
 - ◆ Større ulighed i behandlingen
 - ◆ Større ulighed i tidsforbrug og ressourcer per patient
- ◆ Genopfinde Dr. Hansen i de tilbud vi har





EQUALITY

Lighed



EQUITY

Rimelighed

A black and white photograph showing a man on the left wearing a dark beret and a jacket, leaning over a man on the right who is seated and wearing a suit. The man on the left is holding a small object, possibly a cigarette or a pen, near the face of the seated man. The background is slightly blurred, showing what appears to be a window or a doorway.

**Tak for
opmærksomheden**

Henrik Thiesen
Mail: alkodoktor@dadlnet.dk