

# Den fremtidige alkoholbehandling, hvem skal vi satses på?

Anette Søgaard Nielsen

Lektor, Enheden for Klinisk Alkoholforskning

Formand, Alkohol & Samfund

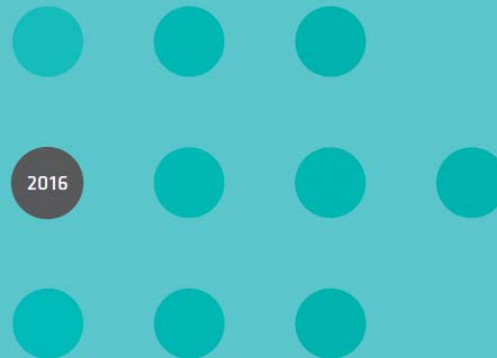
# FRA SAMFUNDSVINKLEN

  
SUNDHEDSSTYRELSEN

SDU   
STATENS INSTITUT FOR  
FOLKESUNDHED

# Sygdomsbyrden i Danmark

RISIKOFAKTORER



Når der justeres for BMI, rygning og fysisk inaktivitet, er der blandt personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag, eller blandt personer med en alkoholrelateret diagnose, i Danmark årligt

- 2.900 dødsfald.
- 32.000 tabte leveår blandt mænd og 10.000 tabte leveår blandt kvinder.
- Et tab i befolkningens middellevetid på et år og to måneder for mænd og seks måneder for kvinder.
- 29.000 ekstra somatiske indlæggelser og 9.300 ekstra psykiatriske indlæggelser.
- 36.000 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg og 53.000 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg.
- 8.500 ekstra somatiske skadestuebesøg og 8.300 ekstra psykiatriske skadestuebesøg.
- 110.000 ekstra lægekontakter blandt personer, der drikker over højrisikogrænsen, i forhold til personer, der ikke drikker over højrisikogrænsen.
- 190.000 ekstra dage med kortvarigt sygefravær blandt personer, der drikker over højrisikogrænsen, i forhold til personer, der ikke drikker over højrisikogrænsen.
- 180.000 ekstra dage med langvarigt sygefravær blandt personer, der drikker over højrisikogrænsen, i forhold til personer, der ikke drikker over højrisikogrænsen.
- 430 ekstra nytilkendte førtidspensioner.
- Ekstra omkostninger på 360 mio. kr. til behandling og pleje.
- Ekstra omkostninger på 7,7 mia. kr. ved tabt produktion.
- Et sparet fremtidigt forbrug som følge af tidlig død, hvilket resulterer i en årlig besparelse på 8,5 mia. kr.

For alle byrdemål, på nær for kontakter til alment praktiserende læge blandt kvinder samt kort- og langvarigt sygefravær blandt kvinder, stiger andelen af ekstra tilfælde med faldende uddannelsesniveau. Hvis andelen af personer med en alkoholrelateret diagnose eller af personer, der drikker over højrisikogrænsen, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der for de fleste byrdemål have været mellem 32-45 % færre tilfælde.

# Så hvem skal vi satse på?

- Storforbrugerne og de tidligere problem-drikkere
  - For at vende problemet i døren....
  - De koster i samfundsøkonomien
  - Og dem er der flest af
- De alkoholafhængige
  - For her er de helt store konsekvenser for den enkelte og for arbejdsmarkedet
  - De skaber store problemer for deres pårørende, - især børnene...
  - Og de koster i samfundsøkonomien
- Forebygge, at problemerne overføres til næste generation

# Hvordan får vi folk i behandling tidligere – og i det hele taget?

- Synlighed
  - Alt for mange ved stadig ikke, at behandling er gratis, lokal, ambulant, og at man har mulighed for at være anonym i behandlingen
- Let adgang
  - Åbningstider, placering, afstand, kontaktmuligheder, og på alles betingelser
- Afstigmatisering
  - holdningsskifte
- Tilbud til pårørende
  - Ikke bare støtte, men også redskaber til at motivere

# FRA BEHANDLINGSVINKLEN

# Paradokset

- Behandlingen i dag i de fleste kommuner er målrettet den relativt velfungerede alkoholafhængige, der kan magte at gennemføre ambulant behandling. Dette behandlingstilbud kan være svært at følge for de allermest udsatte.
- Den relativt velfungerede borger er nølende overfor at søge behandling, fordi han *tror*, at behandlingstilbuddet i dag er målrettet den socialt udsatte ‘Manden på bænken’ - og ham kan han ikke identificere sig med....



# Målgrupper

- De 'lette': dem, vi gerne vil have flere af i behandling
- De mere komplicerede: patienter med samtidig psykisk lidelse og de socialt udsatte
- De unge (for her kan vi gøre en stor forskel på sigt)
- De ældre (for dem kommer der mange af)
- **De pårørende (som er nøglen til alt)**

# Hvad kan vi gøre?

- De 'lette': dem, vi gerne vil have flere af i behandling
  - Kortvarig, ambulant, motiverende behandling
- De lidt mere komplicerede: patienter med samtidig psykisk lidelse
  - Samarbejde med egen læge, behandlingspsykiatrien og socialtcentret på borgerens præmisser
- De unge (for her kan vi gøre en stor forskel)
  - Samarbejde med uddannelsesinstitutionerne og andre indsatser
- De ældre (for dem kommer der mange af)
  - Kortvarig, ambulant, motiverende behandling, måske tilpasset ældre
- **De pårørende (som er nøglen til alt)**
  - **CRAFT: Ikke bare støtte, men også redskaber**

# Så hvad synes jeg, at behandlingsinstitutionen skal kunne tilbyde?

- Nem adgang til behandling
  - (Opruste med) udgående personale – både til den socialt udsatte, men også så behandling kan tilbydes i fx almen praksis, på arbejdspladsen, i jobcentret, mulighed for internetbaseret behandling. Fleksible åbningstider og tilpassede behandlingsinstitutioner
- Udgangspunkt i borgerens behandlingsmål
- Evidensbaserede behandlingsmetoder, både psykosociale og farmakologiske
- Indsatser til pårørende, både med og uden den drikkende.
- Fokus på ‘livet efter behandling’: tilbud om individuelt tilrettelagt efterbehandling, løbende monitorering, men også inklusion i fællesskabet.

# FRA DEN ETISKE VINKEL

# Ulighed i indsatsen

- De psykisk syge
- De socialt udsatte
- De marginaliserede
- De kognitivt udfordrede
- De kronisk syge

**Og måske mest af alt:**

**Det skal gøres nemmere at  
lade være med at drikke  
alkohol**