

01:2010 NOTAT

HENNING BJERREGÅRD BACH

MÅLINGER AF INDSATSER MOD IKKE- ARBEJDSMARKEDSPARATES PROBLEMER

EN KORTFATTET LITTERATUROVERSIGT

FORSKNINGSAFDELINGEN FOR BESKÆFTIGELSE OG INTEGRATION

NOTAT

MÅLINGER AF INDSATSER MOD IKKE-ARBEJDSMARKEDS- PARATES PROBLEMER

EN KORTFATTET LITTERATUROVERSIGT

HENNING BJERREGÅRD BACH

KØBENHAVN 2010
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

INDHOLD

Indledning	5
Hyppige problemer blandt ikke-arbejdsmarkedspare	6
Ikke-arbejdsmarkedspare sammenlignet med befolkningen	10
Behandling af alkoholikere	13
Behandling af stofmisbrugere	16
Psykiatrisk behandling	19
Afsluttende kommentarer	19
Litteratur	21

INDLEDNING

Formålet med dette notat er at samle viden om måling af foreliggende indsatser og behandlinger, som ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere deltager i eller kunne deltage i. Denne viden skal bidrage til at videreudvikle måleredskaber i den sociale og beskæftigelsesrettede indsats over for ledige med sociale, fysiske eller psykiske problemer ud over ledighed.

Vi har valgt først at klarlægge, hvilke problemer eller forhold det er, som antageligt hyppigt hæmmer ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere i at nærme sig arbejdsmarkedet. To nyere undersøgelser blandt ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere og sagsbehandlere i kommunernes forvaltninger peger på mange forhold, som kunne hæmme dem på arbejdsmarkedet. Undersøgelserne viser, at både sagsbehandlerne og kontanthjælpsmodtagerne ret samstemmende peger på, at det relativt ofte er alkohol- og narkotikamisbrug, psykiske lidelser og personlige problemer, der hæmmer de ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtageres muligheder på arbejdsmarkedet.

Vi har herefter afsøgt primært dansk, skandinavisk og europæisk litteratur om behandling og måling af beskæftigelseseffekter af indsatser mod alkohol- og narkotikamisbrug og psykiske lidelser. Vi har i den forbindelse ikke fundet nogen undersøgelser, som rapporterer egentlige effekter af indsatser eller behandlinger for de involveredes arbejdsmarkedsdeltagelse. Vi har derfor valgt at gennemgå, hvordan man inden for de enkelte indsatsområder og professioner måler virkninger af indsatser, og hvad der synes at påvirke størrelsen af virkningerne. Vi gennemgår altså målrettede indsatser mod alkohol- og narkotikamisbrug og psykiske lidelser, som foregår udenfor det traditionelle kommunale beskæftigelsesrettede aktiveringssystem. Tanken er ad den vej at finde allerede eksisterende målemetoder og registreringer af indsatser og virkninger, som evt. efter ændringer og supplement kan forbindes med og supplere eksisterende registreringer af ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere.

Fremstillingen er disponeret på følgende måde. I næste afsnit søger vi at indkredse de hyppigst forekommende problemer blandt ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere, som nedsætter deres muligheder for at komme ud på arbejdsmarkedet. I et efterfølgende af-

snit kvalificeres disse problemer ved at sammenholde deres omfang med problemernes omfang i befolkningen som helhed, hvor dette er muligt. I efterfølgende afsnit gennemgås behandlingsindsatsen mod alkohol- og narkotikamisbrug og psykiske lidelser i Danmark, og evt. målinger og registreringer af indsatsens resultater gennemgås. I et afsluttende afsnit sammenfattes de fundne resultater, og der spekuleres over hvordan de kan bruges til at videreudvikle indsatsen og målingen heraf overfor de ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere.

HYPPIGE PROBLEMER BLANDT IKKE-ARBEJDSMARKEDSPARATE

Vi har flere nyere kilder til oplysninger om ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtageres problemer ud over ledighed, som også hæmmer dem i at få et arbejde. Den ene kilde er en målrettet undersøgelse fra 2003, hvor man bad sagsbehandlere og ledende medarbejdere 38 udvalgte kommuner om at bedømme udbredelsen af et større antal forhold og problemer blandt langvarige kontanthjælpsmodtagere (Bach & Boll, 2003). Den anden kilde er en undersøgelse fra 2006, som belyser nogle af de samme forhold blandt samtlige kontanthjælpsmodtagere, særskilt opgjort efter deres tilhørsforhold til matchkategorier, hvor matchkategorierne 4 og 5 er de ikke-arbejdsmarkedssparate (Bach & Petersen, 2007). Hver af de to kilder har sine svagheder: Kommunale sagsbehandlere og ledere, som er informanter i Bach & Boll (2003), er ikke vidende om alle kontanthjælpsmodtageres problemer og for den sags skyld heller ikke om alle deres kvalifikationer. Og kontanthjælpsmodtagerne, som er informanter i Bach & Petersen (2007), kan de have interesser i at underdrive visse problemer og overdrive andre, ligesom deres referencegrundlag for, hvornår et problem vitterligt er et problem i forhold til arbejdsmarkedet, kan være afvigende fra lønmodtagere i almindelighed og kommunale sagsbehandlere.

Tabel 1.1 giver et overblik over resultaterne fra de to undersøgelser. Af tabellen fremgår både omfanget af det enkelte problem og omfanget af indsatsen for det enkelte problem. En del af de listede forhold er af mere fundamental art (personlighedsmæssige problemer) og er derfor tilsvarende svære at ændre på ved hjælp af en given indsats eller foranstaltning. Det gælder navnlig manglende motivation, omtanke, initi-

ativ og omhu, psykisk skrøbelighed og sent udviklet. Det er svært at forestille sig mere eller mindre standardiserede foranstaltninger for at ændre på de nævnte forhold.

TABEL 1.

Hyppige problemer blandt ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere. Særskilt opgjort efter to undersøgelser. Procent

Problemer og foranstaltninger	Kommunale sagsbehandlere og ledere (2003)	Ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere (2006) (matchkategori 4 og 5)
<i>Misbrugsproblemer:</i>		
Er eller har tidligere været ude i et misbrug af alkohol, stoffer eller lignende		21-34 .
Alkoholmisbrug	33	
Andel af disse alkoholmisbrugere, som aktuelt eller tidligere har deltaget i tilbud, som håndterer misbruget	26	
Hash- og narkotikamisbrug	22	
Andel af disse hash- eller narkotikamisbrugere, som aktuelt eller tidligere har deltaget i tilbud, som håndterer misbruget	22	
<i>Mangelfulde sociale kompetencer og den personlige situation:</i>		
Lægediagnosticeret psykisk lidelse		23-28
- som også aktuelt behandles	17	14-17.
Omfanget hvori disse modtager behandling, som:		
Udelukker erhvervsrettet indsats	46	
Suppleres med erhvervsrettet indsats	28	
Været til behandling for psykisk lidelse eller personlige problemer		
Nu		18-22
Tidligere		26-27
Psykisk skrøbelig	40	
Problemer med personlig fremtræden og omgangsformer	39.	
Voldelig og truende adfærd	10.	
Kriminel fortid	17.	
Gældsproblemer	44.	
<i>Evner, kvalifikationer:</i>		
Mangel på personlige kvalifikationer såsom motivation, omtanke, initiativ, om og mødestabilitet	60	
Unge under 30 år, som aldrig har	57	

været i ordinært arbejde		
Nedsat arbejdsevne fx pga. fysisk sygdom, ulykke eller nedslidning	25	35-49.
Sent udviklede	9	
Læse- og staveproblemer blandt dansksprogede	20	
Mangelfulde dansk kundskaber	26.	

Andre personlige forhold, som udgør en barriere for at opnå beskæftigelse, kan fx være problemer med personlig fremtræden og omgangsformer, voldelig og truende adfærd. Man kan forestille sig, at nogle mere eller mindre standardiserede – herunder virksomhedsnære – foranstaltninger kunne ændre på disse forhold. Problemet med alle de nævnte kategoriseringer af personerne er imidlertid, at der ikke foreligger nogen fast praksis for kategoriseringerne, og at der heller ikke findes en klar afgrænsning af, indsatstyperne.

Det er ikke nødvendigvis et problem for unge, at de ikke har haft et ordinært arbejde før de bliver 30 år, ligesom det heller ikke nødvendigvis er et stort problem at have nedsat arbejdsevne på grund af fysisk sygdom, ulykke eller nedslidning. Sådanne begrænsninger i arbejdsevnen og fraværende dokumenterede arbejdslivserfaringer kan muligvis overkommes ved vejledning om relevante jobs, tilbud om arbejdspraktik, løntilskud, anden form for revalidering eller fleksjob om nødvendigt.

Kategoriseringen 'gældsproblemer' er heller ikke entydig, men åbenbart ret udbredt karakteristisk af langvarige modtagere af kontanthjælp. Indsatserne i forhold til at afhjælpe disse problemer kan dog kategoriseres. Indsatstyperne er gældssanering i snæver juridisk forstand, gældsinddrivelse, administrativ eftergivelse af gæld og rådgivning om ansvarlig økonomisk husførelse. De tre førstnævnte indsatstyper er veldefinerede og identificerbare. Gældssanering er vel nok den mest entydigt operationaliserede indsats mod gældssanering, som iværksættes efter ansøgning fra den gældstyngede.

Læse- og staveproblemer blandt dansksprogede og mangelfulde dansk kundskaber blandt indvandrere og flygtninge er mangelfulde kundskaber, som kan opgøres ret præcist, og der er afprøvede foranstaltninger til at rette op på manglerne.

Psykisk lidelse, alkoholmisbrug og misbrug af hash og andre narkotiske midler er relativt udbredte fænomener blandt ikke-arbejdsmarkedsparte og langvarige modtagere af kontanthjælp efter

deres egen rapportering og sagsbehandleres vurdering. Egenrapportering af misbrugsproblemer er naturligvis behæftet med normbestemte besvarelser for, hvornår et forbrug er blevet så stort, at det er blevet til et misbrug. Men når 21 pct. og 34 pct. af henholdsvis matchgruppe 4 og 5 selv anfører, at de aktuelt eller tidligere har haft et alkoholmisbrug, så er det formentlig et underkantsskøn. Det underbygges af, at sagsbehandlere skønner, at 33 pct. af de langvarige kontanthjælpsmodtagere på et givet tidspunkt har så stort et forbrug af alkohol, at det udgør en barriere for beskæftigelse.

23 pct. og 28 pct. af henholdsvis matchgruppe 4 og 5 oplyser selv, at de har en psykisk lidelse, som er diagnosticeret af en læge. Om det er en psykiater eller en praktiserende læge vides ikke. Det er formentlig også et underkantsskøn. Sagsbehandlerne er næppe heller fuldt vidende om alle tilfælde af lægediagnosticerede psykiske lidelser, fordi sagsbehandlere oplyser, at 17 pct. af de langvarige modtagere af kontanthjælp har en sådan lidelse. I denne sammenhæng vurderer sagsbehandlerne, at 40 pct. af de langvarige kontanthjælpsmodtagere er så psykisk skrøbelige, at det hæmmer deres eget initiativ og muligheder på arbejdsmarkedet. En del af dem, som klassificeres sådan, har formentlig en psykisk diagnose, uden sagsbehandlerne ved det. En lidt ældre undersøgelse fra 1998 viser, at alkohol-, hash- og narkotikamisbrug og psykiske lidelser især optræder sammen med andre af de ovenfor nævnte problemer.¹ Tildeling af psykiatriske diagnoser er karakteriseret ved at foregå ved afprøvede fremgangsmåder og iagttagelser og er derfor formentlig ikke særligt fejlbehæftede. Der findes ikke tilsvarende kriterier og diagnoser for alkohol-, hash- og narkotikamisbrug, men der findes retningslinjer. Behandlingerne af diverse misbrug er heller ikke standardiserede, men der er alligevel en række fællestræk for de indsatser, som karakteriserer sig som ambulante behandlinger eller døgnbehandlinger, hvor sidstnævnte er mest systematiserede.

1. H.B. Bach (1998): En spørgeskemaundersøgelse blandt forsikrede langtidsledige og langvarige kontanthjælpsmodtagere. Dokumentation I til Langtidsledige i tre kommuner (98:9).

IKKE-ARBEJDSMARKEDSPARATE SAMMENLIGNET MED BEFOLKNINGEN

Det er kun på nogle få områder, hvor det – ganske vist med forbehold – er muligt at sammenligne udbredelsen af ovennævnte forhold blandt ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere med udbredelsen af de samme forhold i den voksne befolkning som helhed. Det gælder diverse misbrugsformer og psykiske lidelser. De er til gengæld også ganske udbredte blandt kontanthjælpsmodtagerne.

ALKOHOLMISBRUG

En større befolkningssurvey om danskernes sundhed og sygelighed fra 2000 opgør antallet af voksne, som overskrider sundhedsstyrelsens genstandsgrænse på 21 genstande om ugen for mænd og 14 for kvinder. En sammensat gruppe, som kaldes storforbrugere. Men dermed er ikke sagt, at de har et afhængighedsforhold eller misbrug af alkohol. Ved at anvende en bestemt anerkendt diagnose (en DSM-IV-diagnose) på det danske materiale, når man frem til, at ca. 160.000 personer er afhængige af alkohol, hvilket svarer til 3,8 pct. af den voksne danske befolkning, og 190.000 har et alkoholmisbrug, hvilket svarer til 4,7 pct.² De i tabellen ovenfor angivne procentsatser for alkoholmisbrug baserer sig på den folkelige forståelse af ordet alkoholmisbrug, og det er derfor ikke til at afgøre, om der kun er tale om et misbrug, eller der også for nogle er tale om et afhængighedsforhold i medicinsk betydning. Både sagsbehandlere og kontanthjælpsmodtagerne har nok også forstået alkoholafhængighed som misbrug. Sammenfattende er der næppe tvivl om, at langvarige kontanthjælpsmodtagere har et betydeligt større misbrug end den voksne danske befolkning.

HASH- OG NARKOMISBRUG

Ifølge en surveyundersøgelse blandt 16-44-årige i Danmark fra 2005 har 8,4 pct. brugt hash inden for det seneste år, og 2,7 pct. har tilsvarende

2. Jf. også Pedersen, Mads U. m. fl. (2004): Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark – sammenlignet med Sverige. Center for Rusmiddelforskning og Center for Alkoholforskning.

brugt et eller flere andre euforiserende stoffer.³ Brugen af den slags stoffer er vanedannende ved regelmæssig brug og kan resultere i fysisk afhængighed. De færreste af dem har et misbrug eller er blevet afhængige af hash eller andre euforiserende stoffer. Sundhedsstyrelsens seneste skøn over antallet af stofmisbrugere er fra 2005, hvor der skønnes at være 27.000.⁴ Sundhedsstyrelsen opgør, hvor mange der er i behandling for misbrug. I 2009 er det ca. 12.200, hvilket svarer til 0,4 pct. af befolkningen i alderen 18-64 år. Godt 7.500 af de 12.200 er i substitutionsbehandling med metadon eller buprenorphin.⁵ Men det er altså næsten halvdelen af misbrugerne, som er i behandling.

Det fremgår ikke af tabel 1.1, hvor mange af de langvarige kontanthjælpsmodtagere, som sagsbehandlerne mener, er afhængige af et eller flere stoffer eller som minimum 'blot' er så meget misbrugere af stoffer, at det hæmmer deres muligheder for at opnå beskæftigelse. Det er helt åbenbart, at tallene tyder på, at andelen af stofmisbrugere herunder afhængige er meget større blandt langvarige kontanthjælpsmodtagere end blandt befolkningen som helhed. Det er heller ikke så mærkeligt, for meget tyder på, at de udprægede misbrugere er stærkt tilbøjelige til også at blive afhængige af kontanthjælp. Sundhedsstyrelsen har undersøgt den sociale baggrund og situation for nye klienter i stofmisbrugsbehandling i perioden 2000-2004.⁶ Undersøgelsen viste, at halvdelen levede af kontanthjælp. Knap en tiendedel var på førtidspension, og knap 20 pct. havde indkomst. Forsørgelsesgrundlaget for de resterende var ikke oplyst, hvilket kan skyldes, at det var alternative indtægtskilder som kriminalitet, stofhandel og prostitution.⁷

Der er en tæt sammenhæng mellem brugen af euforiserende stoffer og psykiske lidelser. Omkring en fjerdedel af både hashmisbrugere og andre stofmisbrugere har tidligere været i en eller anden form for psykiatrisk behandling på grund af især personlighedsforstyrrelse, skizo-

3. Jf. Statens Institut for Folkesundhed (2005): Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. København.

4. Sundhedsstyrelsen (2009): Narkotikasituationen i Danmark 2009. København.

5. Jf. Sundhedsstyrelsen (2009).

6. Jf. Sundhedsstyrelsen (2006): Landsdækkende register over stofmisbrugere i behandling. København.

7. Samme fordeling gælder så nogenlunde også for nytilgangen til behandling i 2008, jf. Sundhedsstyrelsen (2009).

freni og angstlidelse.⁸ Halvdelen af de indlagte psykiatriske patienter skønnes at være stofmisbrugere.⁹

PSYKISKE LIDELSER

Med udgangspunkt i sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra 2005 sammenfatter Merete Nordentoft og Preben Bo Mortensen, at andelen af befolkningen, der havde depressive lidelser inden for ét år, var 2-5 pct. for mænds vedkommende og 5-8 pct. for kvinder. Hertil kommer så lejlighedsvis angsttilstande, som optræder hos 10 pct. også inden for ét år.¹⁰ Mange af disse lidelser bliver aldrig registreret eller behandlet som sådan, alene fordi personerne ikke henvender sig med symptomerne i almen praksis evt. for at blive visiteret. Når de så henvender sig, bliver under halvdelen af patienter med depression korrekt diagnosticeret i almen praksis.¹¹ I løbet af ét år har ca. 1,5 pct. af befolkningen været i behandling for forskellige psykiske lidelser, hvor behandlingen er foregået ved ambulante kontakter, skadestuebesøg og egentlige indlæggelser på psykiatriske afdelinger.¹² Med i de 1,5 pct. er også psykiske lidelser, som er tæt forbundet med forskellige misbrug.

I tabel 1.1 oplyser henholdsvis 23 og 28 pct. af kontanthjælpsmodtagerne i matchkategori 4 og 5, at en læge har diagnosticeret en psykisk lidelse hos dem. Henholdsvis 14 pct. og 17 pct. oplyser, at de samtidigt modtager behandling herfor. Der er altså ingen tvivl om, at de ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere i meget højere grad end befolkningen som helhed har forskellige psykiske diagnoser. Mange af disse diagnoser ledsages desuden af alkohol-, hash og anden narkotikamisbrug.

Der er endvidere grund til at hæfte sig ved udbredelsen af psykiske lidelser for personer på kanten af arbejdsmarkedet, fordi 48 pct. af tilkendelserne af førtidspension er begrundet med psykiske diagnoser. Og mange af dem har en fortid som kontanthjælpsmodtagere.

8. Sundhedsstyrelsen (2004): Narkotikasituationen i Danmark. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug. København.

9. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002): Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere. København.

10. Kjølner M., K. Juel og F. Kamper-Jørgensen. Red. (2007): Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København.

11. Jf. L.V. Kessing m. fl. (2006).

12. Jf. M. Kjølner m. fl. (2007).

Udbredelsen af de forskellige misbrugsformer og psykiske lidelser blandt langvarige kontanthjælpsmodtagere og sagsbehandlingernes vurdering af misbrugenes/lidelsernes betydning for de berørtes mulighed for at komme ud på arbejdsmarkedet, begrundet en granskning af indsatserne for at reducere eller afhjælpe disse misbrugsformer og psykiske lidelse, så der skabes et overblik over indsatsernes betydning for sandsynligheden for at komme i arbejde.

BEHANDLING AF ALKOHOLIKERE

Behandlingen af alkoholikere er i dag efter kommunalreformen lagt ud til kommunerne. Før 2007 lå behandlingsindsatsen hos amterne. Det er frivilligt og vederlagsfrit at lade sig behandle, og hvis alkoholikeren ønsker det, kan det ske anonymt. Fra 2005 er der indført behandlingsgaranti for alkoholikere, således at behandlingen skal påbegyndes senest 14 dage efter ønsket er fremsat over for kommunen. Som det fremgår ovenfor, skønner man, at der er omkring 160.000 alkoholafhængige i Danmark. I løbet af ét år kommer ca. 19.000 personer i behandling for afhængighed. Langt de fleste behandlinger foregår ambulant, mens omkring 700 kommer i døgnbehandling.

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i 2006 en rapport – en såkaldt medicinsk teknologivurdering – af effekterne af behandlingsindsatsen af personer med alkoholafhængighed.¹³ Rapporten beskriver og vurderer den foreliggende videnskabelige dokumentation inden for fire aspekter af behandling: selve behandlingen, patienten, behandlingens organisering og økonomien i behandlingen. Sundhedsstyrelsens fremstilling baserer sig helt overvejende på udenlandsk litteratur, fordi det er begrænset, hvor meget dansk litteratur der findes om effekter af alkoholbehandling. Rapporten sammenfatter den danske alkoholbehandling sådan:

Overordnet set er det danske alkoholbehandlingsområde præget af uensartede behandlingstilbud, varierende dokumentationsgrundlag og manglende systematisk kvalitetssikring. En nyere undersøgelse har vist, at det er de færreste danske behandlingsin-

13. A.S. Nielsen m.fl. (2006): Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen.

stitutioner, der anvender evidensbaserede alkoholbehandlingsindsatser.

Den nyere undersøgelse, som der henvises til, er en undersøgelse fra 2004 af næsten samtlige de amtsligt finansierede alkoholambulatorier. Denne undersøgelse viste, "... at man på kun halvdelen af ambulatorierne havde dokumentation for behandlingens virkning på patienterne".¹⁴ Med "dokumentation for behandlingens virkning på patienterne" menes formentlig, at den enkelte patients medicinske tilstand og evt. alkoholindtagelse undervejs i og ved afslutningen af behandlingen er dokumenteret.

Der har ikke i den videnskabelige litteratur udkrystalliseret sig nogen entydige mål på behandlingens virkninger for den enkelte. Men der er dog nogle gennemgående mål på virkningerne. Man måler ofte på tilbagefald til alkoholforbrug og på total afholdenhed. Inden for døgnbehandling af alkoholafhængige er der gennemført flere undersøgelser, og her har man operationaliseret tilbagefald:

Tilbagefald defineres for mænd som mindst én periode inden for de første seks måneder efter udskrivning med et forbrug på over 21 genstande om ugen og/eller et forbrug af benzodiazepiner (illegal som legal), centralstimulerende stoffer, opioider og/eller hash. For kvinder defineres tilbagefald på samme måde. Der tages med andre ord kun delvist udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (kvinder kan drikke højst 21 genstande om ugen, uden det regnes for tilbagefald).¹⁵

I den pågældende og andre undersøgelser måles der også på afholdenhed, fordi total afholdenhed er målet med Minnesota-behandlingen. De to outcome-mål er bevidst formuleret uden hensyn til alkoholforbruget inden behandlingens påbegyndelse, fordi forbruget i en periode op til påbegyndelsen netop kan være misvisende for "normalforbruget" i en lidt længere periode forud for påbegyndelse. Endvidere kan et tidligere forbrugsniveau være behæftet med mere usikkerhed end et evt. forbrug

14. Jf. side 2667 i M.C. Milter m.fl. (2004): Offentlig ambulant alkoholbehandling. Ugeskrift for læger. Side 2664-68.

15. Jf. side 10 hos M.U. Pedersen & D. Hecksher (2008) Døgnbehandling af alkoholafhængige. Forløb, tilbagefald og køn. Center for Rusmiddelforskning. Århus Universitet.

efter behandling. Vi har ikke kunnet lokalisere danske undersøgelser af forskellige typer alkoholbehandlings effekt på deltagernes forbrug af alkohol, helbredsforhold, øvrige velbefindende, beskæftigelse og sociale forhold.

Den pågældende undersøgelse er gennemført i perioden 2005-2007 som en interviewundersøgelse, hvor deltagerne ved afslutningen af behandlingen gav tilladelse til at blive kontaktet igen 6 måneder senere. Undersøgelsen viser, at ca. 48 pct. ikke havde haft tilbagefald inden for de første 6 måneder, og at ca. 38 pct. havde været afholdende de første 6 måneder efter udskrivningen. Derudover viser undersøgelsen, at der er stor forskel på tilbagefaldsraterne, alt efter om patienten selv, eller det offentlige betaler for behandlingen, og andre klientkarakteristika.

Sundhedsstyrelsens medicinske teknologivurdering af alkoholbehandling gennemgår også den internationale litteratur om emnet og opsummerer de empiriske resultater af fem hovedgrupper af behandlingsformer: kognitiv/adfærdsmæssig behandling, familiebehandling, Minnesotabehandling, community reinforcement approach og farmakologisk behandling. Der præsenteres teknologivurderingen ingen resultater, som vedrører behandlingers erhvervs- og beskæftigelsesmæssige konsekvenser.

Der findes et fælles administrativt registreringssystem for både alkohol- og narkotikamisbrugere i døgntilrettelagt behandling, det såkaldte DanRIS (Dansk Registrerings- og InformationsSystem). Desuden findes der et fælles registreringsskema, EuropASI (European Addiction Severity Index), om indskrevnes situation ved påbegyndelsen af behandlingen. Oplysningerne indsamles via et spørgeskema med ca. 80 spørgsmål om følgende dimensioner af misbrugernes liv:¹⁶

1. fysisk helbred
2. alkohol
3. narkotika og medicin
4. arbejde indkomst og økonomi
5. familiære og sociale forhold
6. kriminalitet
7. psykisk helbred.

16. Samme oplysningsskema bruges også af mange ambulatorier.

Interviewinstrumentet er udviklet specielt til kortlægning som basis for visitation, behandling, opfølgning/evaluering af et behandlingsforløb samt til forskning på kohorter af patienter. Skemaet er internationalt valideret. Hovedparten af spørgsmålene vedrører misbrugerens situation de sidste 30 dage før interviewet, hvilket selvfølgelig er en begrænsning, men ønsket om præcision i svarene er formentlig begrundelsen. Oplysninger om forsørgelsesgrundlaget er også begrænset til de sidste 30 dage.

BEHANDLING AF STOFMISBRUGERE

Ligesom for alkoholikere er der også indført en behandlingsgaranti på 14 dage for stofmisbrugere. For stofmisbrugere er der også en opdeling i ambulant- og døgnbehandling. Godt 80 pct. af de 12.200 misbrugere i behandling er i ambulant behandling. Heraf er ca. 7.500 i substitutionsbehandling, helt overvejende med metadon, mens resten af samtlige misbrugere i behandling er i 'stoffri behandling'. I stedet for stoffrihed nævnes skadesreduktion ofte som målet for substitutionsbehandling. Skadesreduktionen består i, at substitutionsbehandlingen skulle medvirke til at reducere de sociale, sundhedsmæssige og økonomiske skader i forhold til, hvordan situationen ville være ved fortsat stofmisbrug af illegale stoffer. Samtidig med den medicinske substitutionsbehandling modtager klienterne en ambulant psykosocial behandlingsindsats, ligesom de øvrige misbrugere i behandling.

Beslutningen om at sætte en misbruger i substitutionsbehandlingen i stedet for stoffri behandling træffes som oftest på baggrund af flere mislykkedes forsøg med stoffri behandling. Det er især vanskeligt at gøre misbrugere af heroin og opiumsprodukter helt stoffri, og det er derfor som oftest denne form for misbrugere, der kommer i substitutionsbehandling. Man kan diskutere, om substitutionsbehandling er en egentlig behandling, men det er en definitionssag. I nærværende sammenhæng vil vi begrænse os til at se på, om substitutionsbehandling bringer kontanthjælpsmodtagere tættere på arbejdsmarkedet. Det er et åbent empirisk spørgsmål. Man behøver ikke at være stoffri for at være på arbejdsmarkedet, ligesom alkoholikere også kan være på arbejdsmarkedet, men ifølge Andersen & Järvinen (2009) er arbejdsmarkedsparathed ikke et sigtemål med indsatsen, selvom mange af deltagerne giver udtryk for ønsket

om stoffrihed og nedtrapning. Ifølge deres fremstilling synes substitutionsbehandlingen at være tidsubestemt.

Det er således et mindretal af misbrugerne, som er i døgnbehandling, men det er blandt dem, der foreligger evalueringer (dog ikke egentlige effektevalueringer) af deres situation efter behandlingen. Den seneste evaluering er afrapporteret i 2009 og præsenteres som en sammenligning med en tilsvarende gennemført i 1998.¹⁷ Den opfølgende registrering angår forbruget af narkotiske stoffer, eller det der ligner, fordi formålet med behandlingen er stoffrihed.

Stoffrihed defineres som afholdenhed fra alle typer af illegale stoffer. Er man kommet i metadonbehandling, er man heller ikke stoffri, fordi metadonbehandling igangsættes efter mislykkede stoffri behandlinger. Forbrug af alkohol har ingen betydning for definitionen af stoffrihed. Der måles på stoffrihed ét år efter afslutningen af behandlingen.

Hovedresultatet er, at 23,5 pct. af de interviewede fra 1998-undersøgelsen var stoffri hele det første år efter afslutningen af behandlingen, mens det tilsvarende resultat var knap 28 pct. i 2008-undersøgelsen. Der er flere interessante forklaringer på den lille forskel. For det første var der i 2008-undersøgelsen færre misbrugere af opiumbaserede stoffer end i 1998-undersøgelsen, hvilket må antages at have en positiv indflydelse på andelen, som bliver stoffri efter behandlingen, fordi misbrugere af opiumpreparater er sværere at afvænne. Således var 23 pct. af opiump-misbrugerne i begge undersøgelser stoffri ét år efter, mens det var tilfældet for omkring 40 pct. af misbrugerne, som ikke misbrugte opiumpreparater. For det andet fuldførte 57 pct. af de tilmeldte behandlingen i 2008-undersøgelsen mod 37 pct. i 1998-undersøgelsen, hvilket også må antages at have en positiv indflydelse på andelen, som bliver stoffri efter behandlingen, da undersøgelser viser, at dem, som fuldfører behandlingen gennemgående har lettere ved at forblive stoffri et helt år efter behandlingens afslutning. For det tredje vurderer Pedersen (2009), at kvaliteten i behandlingen er blevet bedre bl.a. grundet bedre uddannede medarbejdere, så varigheden af en fuldført behandling i gennemsnit er nedsat med 2 måneder.

I de to undersøgelser fra 1997/98 og 2007/08 spurgte man også til beskæftigelsen i løbet af det første år. 32 pct. havde på et eller andet tidspunkt arbejde i løbet af det første år, og blandt dem oplevede 45 pct.

17. Jf. Mads U. Pedersen (2009): Stoffri døgnbehandling 1997 til 2007.

tilbagefald i løbet af året. Tilbagefaldet var derimod 76 pct. blandt dem, der ikke var i beskæftigelse i løbet af året. Pedersen (2009) konkluderer, at lønnet arbejde primært er noget, der opnås enten på grund af længere tids stoffrihed eller på grund af kontakter til arbejdsmarkedet før behandlingen påbegyndes. Han tolker også tallene således, at beskæftigelse også kan have en tilbagefaldsforebyggende virkning.

Benjaminsen m.fl. (2009) har lavet en mangesidet evaluering af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.¹⁸ Evalueringen omfatter både ambulante behandling og døgnbehandling men ikke substitutionsbehandling. Heller ikke i denne undersøgelse foretages egentlige effektmålinger. Blandt en repræsentativ stikprøve af indskrevne i behandling i 2006 finder de, at 28 pct. var stoffri i en måned forud for interviewet, som foregik 2-3 år senere i 2008/2009. 20 pct. har kun taget substitutionsmedicin (metadon), 17 pct. har kun taget illegale stoffer, mens de resterende 34 pct. både har taget illegale stoffer og substitutionsmedicin. En meget stor del ender altså med at være i tidsbestemt substitutionsbehandling. De analyserer, hvilken betydning udgangssituationen før behandlingen herunder stofmisbrugets karakter, behandlingens komponenter og deres sociale situation har for sandsynligheden for, at patienten er stoffri 2-3 år efter behandlingen er afsluttet. Resultaterne peger på, at mange forhold er med til at definere en behandling, og udgangssituationen medvirker til at afgøre udfaldet. Resultaterne gennemgås ikke hér.

De finder også, at 30 pct. er i arbejde eller uddannelse i måneden inden interviewet 2-3 år efter behandlingen, mens 26 pct. var i arbejde eller uddannelse i 2006. De resterende er helt overvejende på førtidspension eller kontanthjælp. Undersøgelsen bidrager ikke med afgørende ny viden om behandlingens betydning for deltagernes efterfølgende beskæftigelse.

I 2007 er der blevet indført behandlingsgaranti for fængslede alkohol- og stofmisbrugere med mindst 3 måneders ophold, hvilket kan have en positiv betydning for såvel de indsatte som for samfundet, da stoffrihed ved løsladelse formindsker behovet for hurtige penge til løbende narkotikaforbrug og gældsafvikling. Dermed formindskes givetvis også tilbagefaldet til kriminalitet for at skaffe penge.

18. Jf. Benjaminsen Lars, D. Andersen og M. Sørensen (2009): Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

Kriminalforsorgen bruger de allerede eksisterende behandlingsinstitutioner uden for fængslerne. Tilbuddene er således de samme som for de ikke-fængslede misbrugere. Men derfor behøver resultaterne ikke nødvendigvis at være de samme. Man kunne godt forestille sig en særlig modererende eller forstærkende effekt af opholdet i fængsel undervejs. Vi er i vores litteraturstudie ikke stødt på nogen undersøgelse af denne (tillægs)behandlings betydning i forhold til misbrug, kriminalitet eller beskæftigelse. Kriminalforsorgen har lavet en akkrediteringsordning for de eksterne behandlere, så forsorgen søger at finde de bedste behandlingssteder, hvilket er et led i kvalitetssikring af behandlingsindsatsen.

PSYKIATRISK BEHANDLING

Behandlingen af psykiske lidelser foregår ambulant i distriktpsychiatrien eller ved egentlig indlæggelse på hospitalers psykiatriske afdelinger. I sagen natur er den individuelle virkning af behandlingen noget lægen eller psykiateren vurderer. Ifølge Merete Nordentoft optræder følgende effektmål i den internationale forskning om distriktpsychiatiske behandlinger: psykotiske symptomer, negative symptomer, depressive symptomer, selvmordsadfærd, evne til at klare sig i hverdagen, patient- og pårørende tilfredshed, kriminalitet, bolig og beskæftigelsesforhold og senge-dagsforbrug.¹⁹ Den danske psykiatriske forskning i virkninger af behandlinger har været domineret af forskning i distriktpsychiatriens indførelse og udvikling.²⁰ Det er ikke lykkedes os at lokalisere undersøgelser, som viser effekter på arbejdsmarkedstilknnytning blandt deltagerne i afgrænsede behandlinger.

AFSLUTTENDE KOMMENTARER

I denne litteraturoversigt har vi taget udgangspunkt i de problemer, som de ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere og deres sagsbe-

19. Merete Nordentoft: International forskning , s. 97-107 i Søren Blinkenberg m.fl. (2002): Distriktpsychiatri.

20. Jf. Hans Jørgen Søgaard: National forskning, s. 109-115 i Søren Blinkenberg m.fl. (2002): Distriktpsychiatri.

handlere hyppigst angiver. Vi ved faktisk ikke, om alle de adspurgte kontanthjælpsmodtagere synes, at de angivne forhold er problemer for dem i relation til arbejdsmarkedet. Men sagsbehandlerne angivelser af de samme forhold indikerer, at de pågældende problemer udgør barrierer for at komme i beskæftigelse. Vi har valgt at fokusere på alkohol- narkotikamisbrug og psykiske lidelser af flere årsager. For det første var disse problemer blandt de hyppigst angivne. For det andet synes disse problemer at være forbundne, og for det tredje ligger indsatserne over for disse problemer uden for de traditionelle mere arbejdsmarkedsorienterede instrumenter som fx jobtræning og uddannelse, som kommunerne bruger over for de fleste og mest arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere.

Vi har ikke kunnet lokalisere danske undersøgelser, som forbinde egentlige arbejdsmarkedseffekter af velafgrænsede indsatser inden for behandling af alkohol- og narkotikamisbrugere og personer med psykiske lidelser. Derimod er der nogle mål for virkningerne af de enkelte behandlinger. Disse er klarest defineret inden for misbrugsbehandlingen, hvor målene fokuserer på tilbagefald til misbrug af alkohol eller narkotika. I misbrugsbehandlingen af både alkohol og narkotika findes der en anerkendt og valideret måde at registrere misbrugerens belastninger og ressourcer i form af registreringssystemet EuropASI, som også bruges til at visitere misbrugerne til de relevante behandlinger. Oplysningerne herfra bruges allerede i forskningen på området, fx hos Center for Rusmiddelforskning. Hvis det er muligt via cpr-numre at koble disse oplysninger i EuropASI med mere traditionelle arbejdsmarkedsoplysninger, fx DREAM, er der grundlag for at lave egentlige effektanalyser af afgrænsede behandlinger betydning for misbrugerens efterfølgende arbejdsmarkedstilknnytning. En sådan sammenkobling af data kan muligvis skabe problemer i forhold til misbrugerens mulighed for at gå anonym i behandling, men disse burde kunne løses ved fx at indhente tilladelse hos misbrugere, der påbegynder behandling.

LITTERATUR

- Andersen, Ditte & Margaretha Järvinen (2009): *Skadesreduktion i praksis. Behandlingstilbud til opiatmisbrugere i København*. SFI's Forlag. København.
- Bach Henning B. & J. Boll (2003): *De svageste kontanthjælpsmodtagere*. København. SFI's Forlag.
- H. B. Bach (1998): En spørgeskemaundersøgelse blandt forsikrede langtidsledige og langvarige kontanthjælpsmodtagere. Dokumentation I til Langtidsledige i tre kommuner (98:9).
- Bach Henning B. & K. N. Petersen (2007): *Kontanthjælpsmodtagerne i 2006*. København. SFI's Forlag.
- Benjaminsen Lars, D. Andersen & M. Sørensen (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. SFI's Forlag. København
- Blinkenberg Søren, P. B. Vendsborg, A. Lindhardt & N. Reisby (2002): *Distriktspsykiatri*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002): *Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere*. København
- L. V. Kessing, H. V. Hansen, E. Hougaard, A. Hvenegaard & J. Albæk (2006): *Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani) – en medicinsk teknologivurdering*. Sundhedsstyrelsen. København.
- Kjøller M., K. Juel & F. Kamper-Jørgensen. Red. (2007): *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København.
- M. C. Milter, B. Nielsen, U. Becker, M. U. Pedersen & M. Grønbæk (2004): Offentlig ambulant alkoholbehandling. Ugeskrift for læger. Side 2664-68.
- A. S. Nielsen, U. Becker, B. Højgaard, A. B. Lassen, M. Willemann, J. Søgaard & M. Grønbæk (2006): *Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering*. Sundhedsstyrelsen. København.
- Mads U. Pedersen (2009): *Stoffri døgnbehandling 1997 til 2007*. Center for Rusmiddelforskning. Århus Universitet

- Pedersen, Mads U. & M. Milter (2004): *Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark – sammenlignet med Sverige*. Center for Rusmiddelforskning og Center for Alkoholforskning.
- M. U. Pedersen & D. Hecksher (2008) *Døgnbehandling af alkoholafhængige. Forløb, tilbagefald og køn*. Center for Rusmiddelforskning. Århus Universitet
- Pedersen, Mads U. (2009): *Stoffri døgnbehandling 1997 til 2007*. Center for Rusmiddelforskning. Århus Universitet.
- Statens Institut for Folkesundhed (2005): *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005*. København.
- Sundhedsstyrelsen (2004): *Narkotikasituationen i Danmark. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug*. København.
- Sundhedsstyrelsen (2009): *Narkotikasituationen i Danmark 2009*. København.