



emcdda.europa.eu

Social exclusion and reintegration

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

domsvård på institution (¹⁸⁶). Mer information om behandlingsåtgärder finns på sidan 49.

Social utslagning och återintegrering

Definitioner och begrepp

Enligt den senaste undersökningen om "social otrygghet och integration" (¹⁸⁷) varierar andelen av befolkningen i Europa som löper risk att drabbas av fattigdom och social utslagning mellan 9 % och 22 % (Europeiska rådet, 2001). Människor anses vara socialt utslagna om de hindras från att fullt ut delta i det ekonomiska, sociala och medborgerliga livet och/eller har så otillräcklig tillgång till inkomster och andra resurser (person-, familje- och kulturresurser) att de inte kan få en levnadsstandard som anses godtagbar av det samhälle där de bor (Gallie och Paugam, 2002).

Social utslagning kan alltså definieras som en kombination av bristande ekonomiska resurser, social isolering och begränsade möjligheter att utöva sociala och medborgerliga rättigheter; det är ett relativt begrepp i ett visst samhälle (CEIES, 1999) och motsvarar en successiv ansamling över tiden av sociala och ekonomiska faktorer. Bland de faktorer som kan tänkas bidra till social utslagning märks arbetsmarknadsproblem, utbildningsnivå, levnadsstandard, hälsa, nationalitet, drogmissbruk, könsskillnader och våld (Europeiska rådet, 2001; de nationella rapporterna för 2002).

Narkotikamissbruk kan ses som antingen en konsekvens av eller en orsak till social utslagning. (Carpentier, 2002): narkotikamissbruk kan orsaka en försämring av levnadsvillkoren, men å andra sidan kan de processer som leder till social marginalisering vara en anledning till att börja missbruka narkotika. Trots detta är sambandet mellan narkotikamissbruk och social utslagning inte nödvändigtvis ett orsakssamband, eftersom social utslagning inte föreligger för alla som konsumerar droger (Tomas, 2001).

Om man beaktar denna komplexitet, kan man både analysera narkotikamissbruket i socialt utslagna grupper och studera den sociala utslagningen bland narkotikamissbrukare (figur 22).

Mönster för och konsekvenser av missbruk i socialt utslagna grupper

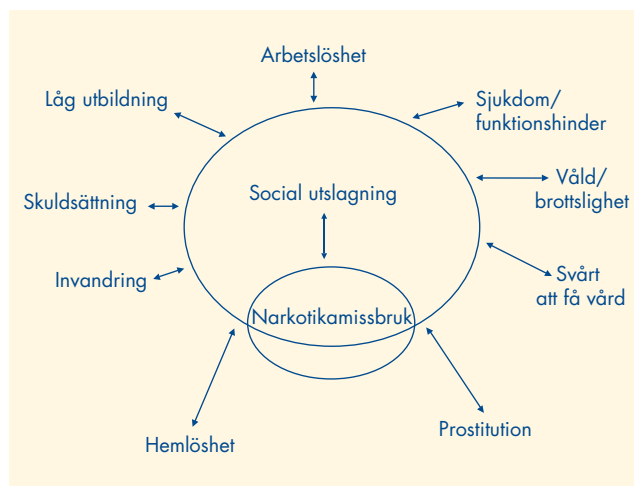
I litteraturen och forskningen brukar följande grupper anses ligga i riskzonen för social utslagning: interner, invandrare (¹⁸⁸), hemlösa, prostituerade och sårbara ungdomar. Man måste ta hänsyn till att det kan finnas systematiska fel och metodmässiga begränsningar hos den redovisade informationen om narkotikamissbruket och missbruksmönstren i socialt utslagna

grupper, eftersom det i hela Europa råder brist på informationskällor och jämförbara uppgifter.

Sambandet mellan att sitta i fängelse och att använda droger har visats vara ganska nära (se även sidan 34). En stor andel av internerna är narkotikamissbrukare innan de sätts i fängelset, och skälet till fängelsestraffet har ofta anknytning till narkotikamissbruk. En del personer går dock den motsatta vägen och blir inte narkotikamissbrukare förrän efter det att de hamnat i fängelse för att ha begått brott. Enligt olika studier förefaller mellan 3 % och 26 % av narkotikamissbrukarna i de europeiska fängelserna ha börjat använda narkotika i fängelset, och mellan 0,4 % och 21 % av injektionsmissbrukarna i fängelserna injicerade för första gången medan de satt i fängelse. Narkotikamissbruk är mycket vanligt i fängelserna: upp till 54 % av internerna uppger att de använt droger i fängelset, och upp till 34 % att de injicerat droger där (Stoever, 2001; ECNN, 2002a).

Sambandet mellan "färgade och etniska minoritetsgrupper" och narkotikamissbruk är mindre tydligt, eftersom det är ont om information. Det finns inga vetenskapliga bevis för att narkotikamissbruk skulle vara vanligare bland invandrare än i befolkningen som helhet. Däremot finns det vissa studier av specifika etniska minoritetsgrupper där man har funnit en högre andel problemmissbrukare av narkotika än i befolkningen som helhet; exempel är ingermanlänningar i Finland (där 1–2 % bedöms vara narkotikamissbrukare och särskilt heroinmissbrukare), kurder i Tyskland, zigenare i Spanien och flera etniska grupper i Nederländerna

Figur 22: Sambandet mellan social utslagning och narkotikamissbruk



¹⁸⁶ Se Internet: (<http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>).

¹⁸⁷ Eurobarometerundersökning 56.1 ("social precarity and integration"): (http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf).

¹⁸⁸ Enligt ECNN (2002b) definieras "invandrare" som "färgade och etniska minoritetsgrupper" och innefattar invandrargrupper från olika folkgrupper i EU-länderna.

(Vrieling m.fl., 2000) ⁽¹⁸⁹⁾. Orsakerna till detta skulle kunna vara en kombination av socialt missgynnsamma faktorer, bl.a. dålig behärskning av det lokala språket, arbetslöshet, boendeproblem, dåliga levnadsvillkor och bristande ekonomiska resurser (de nationella rapporterna för 2002).

När det gäller mönstren för narkotikamissbruket finns det skillnader mellan olika etniska grupper. Användning av qat uppges bara av somalier och färgade afrikaner, medan heroin röks av invandrare från Surinam och Bangladesh. Dessutom förefaller missbruksdebuten ske vid lägre (två till tre år) ålder bland zigenare i Spanien än bland de infödda (Eland och Rigter, 2001; Reinking m.fl., 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Även hemlösa uppges vara i riskzonen för narkotikamissbruk. Även om det inte finns några jämförbara uppgifter för hela Europa om sambandet mellan hemlöshet och narkotikamissbruk, har det gjorts specifika studier i många länder, och narkotikamissbruk anges som ett ofta förekommande problem bland de hemlösa (de nationella rapporterna för 2002). Danmark, Frankrike, Förenade kungariket och Nederländerna uppges att upp till 80 % av de hemlösa som bor på härbärgen är narkotikamissbrukare, och andelen ligger ännu högre bland dem som bor på gatan och bland de hemlösa som har andra sociala problem. Enligt en liten studie som genomförts på Irland är t.ex. 67 % av de hemlösa f.d. internerna narkotikamissbrukare (Hickey, 2002). Den vanligaste drogen bland hemlösa är heroin, följt av kokain och blandmissbruk. Andra högriskbeteenden, som att man injicerar droger eller delar på nålar, uppges också vara utbredda bland hemlösa personer ⁽¹⁹⁰⁾.

Bland sårbara ungdomar uppges narkotikamissbruk vara vanligt förekommande, särskilt bland barn som har haft familjeproblem, sociala problem eller problem i skolan. En hög frekvens av narkotikamissbruk har konstaterats bland barn till missbrukare: andelen som någon gång använt droger bland barn vilkas föräldrar använt narkotika under det senaste året är signifikant högre än i den "ej sårbara" gruppen (37–49 % mot 29–39 % bland barn till icke missbrukande föräldrar) ⁽¹⁹¹⁾. Från flera studier rapporteras att barn som utsatts för sexuella eller fysiska övergrepp i familjen löper högre risk att använda narkotika när de blir vuxna (Liebschutz m.fl., 2002). I Portugal uppges det vara sju gånger så vanligt att unga offer för övergrepp i familjen använder heroin som att ungdomar i befolkningen som helhet gör det (Lourenço och Carvalho, 2002). I Förenade kungariket förefaller "unga personer som rymt" ⁽¹⁹²⁾ vara mer benägna att missbruka droger. Andelen som någon gång använt droger är två till åtta gånger högre än

bland ungdomar som aldrig rymt hemifrån. De oftast förekommande drogerna är crack, heroin och lösningsmedel. Problem i skolan är en annan riskfaktor för narkotikamissbruk: det finns uppgifter om hög frekvens av missbruk bland barn som inte går i skolan (Amossé m.fl., 2001), bland eleverna på ungdomsvårdsskolor (40 % av eleverna i ungdomsvårdsskolor i Finland angav att de haft ett missbruksproblem någon gång, varav 16 % hängde samman med narkotika) (Lehto-Salo m.fl., 2002) och bland elever med dåliga betyg (13,5 % i Norge) (Vestel m.fl., 1997).

Bland prostituerade är narkotikamissbruk ofta ett motiv till prostitutionen, men det kan också (liksom för andra faktorer som har koppling till narkotikamissbruk) vara en konsekvens. Missbruksmönstren varierar beroende på om prostitutionen eller missbruket kom först. En italiensk kvalitativ studie av gatuprostituerade kom fram till att de prostituerade som börjar använda droger för att hantera problem med anknytning till prostitution främst tenderar att använda alkohol, lugnande medel eller andra psykoaktiva läkemedel, medan de som prostituerar sig på grund av sitt missbruk däremot oftast använder heroin (Calderone m.fl., 2001).

Forskningsresultat och uppgifter om andra socialt utslagna grupper är svårare att hitta. Från Danmark rapporteras att 50–60 % av psykiatrins patienter är narkotikamissbrukare, antagligen på grund av att droger är så lättillgängliga och att dessa patienter är vana att ta psykoaktiva läkemedel (den nationella rapporten för 2002).

Sambandet mellan social utslagning och narkotikamissbruk

Det finns bättre tillgång på uppgifter om de sociala förhållandena bland dem som får behandling. Socioekonomiska faktorer med anknytning till narkotikamissbruk är bl.a. låg utbildningsnivå, kort skolgång och avhopp från skolan; arbetslöshet, låg lön och svåra arbeten; låg inkomst och skuldsättning; osäkert boende och hemlöshet; dödlighet och narkotikarelaterade sjukdomar; dålig tillgång till vård; och social stigmatisering (tabell 5).

De sociala förhållandena för missbrukarna skiljer sig åt i relevant grad efter drog och missbruksmönster; de sämsta förhållandena återfinns bland dem som missbrukar heroin och opiater och bland de kroniska missbrukarna.

Av alla behandlingsklienter 2001 har 47 % aldrig gått i skolan eller bara slutfört mellanstadiet eller motsvarande. Det är också vanligt att narkotikamissbrukare har slutat skolan

⁽¹⁸⁹⁾ Tabell 19 OL: Fördelning av primära missbruksproblem (alkohol, heroin, kokain, cannabis och hasardspel) i Nederländerna bland invandrare och infödda nederländare (Internetversionen).

⁽¹⁹⁰⁾ Enligt det brittiska inrikesdepartementet har över en tredjedel av de hemlösa i Förenade kungariket injicerat heroin, och en femtedel har injicerat crack. Andelen som under den senaste månaden sannolikt använt någon annans spruta eller lånat ut sin egen till någon annan är över 10 % (Carlen, 1996; Goulden och Sondhi, 2001).

⁽¹⁹¹⁾ Enligt en undersökning i England och Wales 1998–1999 där 4 848 ungdomar deltog (Goulden och Sondhi, 2001).

⁽¹⁹²⁾ Enheten för frågor rörande social utslagning inom vice premiärministerns kansli i Förenade kungariket definierar en "ung person som rymt" som "ett barn eller en ung person under 18 år som utan tillstånd är borta minst en natt från sitt hem eller sin vårdinrättning eller som har tvingats bort av sina föräldrar eller vårdare" (Social Exclusion Unit, 2002).

tidigt eller hoppat av. Det finns skillnader beroende på primär drog och land ⁽¹⁹³⁾: opiatmissbrukarna (särskilt heroinmissbrukarna) har den lägsta utbildningsnivån (de nationella rapporterna för 2002).

De svåra sociala förhållandena medför också att narkotikamissbrukarna får problem i fråga om sysselsättning – arbetslösheten är mycket hög jämfört med befolkningen i stort (47,4 % bland klienter i missbruksbehandling mot 8,2 % ⁽¹⁹⁴⁾ i befolkningen som helhet, det är svårt att hitta ett arbete och det är sällsynt att missbrukare lyckas behålla ett arbete under längre tid eller avancera i karriären (DrugScope, 2000) ⁽¹⁹⁵⁾. En osäker arbetsmarknadsstatus kan leda till ekonomiska problem: narkotikamissbrukare har ofta en låg inkomst eller inga ekonomiska resurser alls (32–77 % av behandlingsklienterna lever på socialhjälp). Skuldsättning är också vanligt.

Narkotikamissbrukarnas levnadsförhållanden anges ofta vara mycket dåliga: 10,4 % av klienterna har ett instabilt boende och 7,5 % bor på institution. Dessutom rapporterar många länder att det finns en stor andel hemlösa bland narkotikamissbrukarna (upp till 29 %) ⁽¹⁹⁶⁾.

Tabell 5: Sociala förhållanden (utbildning, arbetsmarknadsstatus, boende) för behandlingsklienter i EU-medlemsstaterna 2001

Sociala förhållanden		Narkotikamissbrukare i behandling (valid %) ⁽¹⁾
Utbildning (n = 98 688)	Aldrig gått i skolan/inte slutfört mellanstadiet eller motsvarande	8,0
	Högstadiutbildning eller motsvarande	43,6
Arbetsmarknadsstatus (n = 100 000)	Arbetslösa	47,4
	Utanför arbetsmarknaden	9,6
Boende (n = 41 299)	Instabilt boende	10,4
	Institutioner	7,5
⁽¹⁾ Procentandelarna har beräknats på grundval av det totala antalet rapporterade fall i varje kategori; summan blir inte alltid 100 % eftersom bara de värden som är av intresse för det här kapitlet anges (aldrig gått i skolan, arbetslös osv.); de fullständiga uppgifterna finns i figur 55 OL: Utbildningsnivå bland samtliga klienter, uppdelat efter land; figur 56 OL: Arbetsmarknadsstatus bland samtliga klienter, uppdelat efter land (Internetversionen). Källa: De nationella Reitox-rapporterna – TDI-uppgifter för 2001.		

När det gäller nationaliteten liknar klientgruppen befolkningen i stort ⁽¹⁹⁷⁾. De flesta klienterna är medborgare i det land där de söker behandling, och antalet klienter från andra länder (i och utanför Europa) ligger i linje med andelen utlänningar i befolkningen som helhet. Man bör dock ha i åtanke att det i vissa länder inte är tillåtet att registrera klienternas nationalitet eller etnicitet och att det därför inte alltid finns sådan information att tillgå.

Vid sidan av de direkta hälsokonsekvenserna (se sidorna 24 och 28) kan det vara svårt för narkotikamissbrukare att få vård eftersom de är ovilliga att ta kontakt med vården eller har låg utbildning, eftersom den ordinarie sjukvården inte accepterar dem och eftersom de har särskilda medicinska problem som det inte finns lämpliga vårdinrättningar för.

Slutligen har samhället en negativ syn på narkotikamissbrukarna, som kan drabbas av fientliga reaktioner från allmänheten och myndigheterna. Forskning i ett fängelse i Wien visade att narkotikamissbrukare kan utsättas för våld och övergrepp av poliser och andra offentliga tjänstemän (Waidner, 1999).

Social återintegrering

Man vidtar åtgärder mot den sociala utslagningen i grupper med och utan missbruksproblem och mot de sociala konsekvenserna av narkotikamissbruk i EU-länderna och Norge.

Med ledning av Europeiska unionens strategi mot narkotika (2000–2004) (Europeiska unionens råd, 2000) och en specifik studie om social återintegrering i EU och Norge (ECNN, 2003b) skulle man kunna definiera "social återintegrering" som "alla ansträngningar som görs för att integrera narkotikamissbrukare i samhället".

Insatserna för social återintegrering riktar sig mot både nuvarande och förutvarande problemmissbrukare av narkotika – från välfungerande och drogfria före detta missbrukare och klienter som länge fått metadonbehandling till mycket utsatta missbrukare på gatorna. Det är inte alltid nödvändigt med en behandlingskomponent, vare sig medicinsk eller psykosocial. Detta innebär också att den sociala återintegrationen inte behöver ske efter behandling utan att insatserna kan göras oberoende av om personen i fråga tidigare fått behandling. Det kan handla antingen om det sista steget i en behandlingsprocess eller om en separat och fristående insats efter avslutad behandling som görs av organ utanför behand-

⁽¹⁹³⁾ Figur 55 OL: Utbildningsnivå bland samtliga klienter, uppdelat efter land (Internetversionen).

⁽¹⁹⁴⁾ Den genomsnittliga arbetslösheten i de 15 medlemsstaterna (Eurostat, 2002).

⁽¹⁹⁵⁾ Figur 56 OL: Arbetsmarknadsstatus bland samtliga klienter, uppdelat efter land (Internetversionen).

⁽¹⁹⁶⁾ Figur 57 OL: Levnadsvillkor bland samtliga klienter, uppdelat efter land (Internetversionen).

⁽¹⁹⁷⁾ Figur 58 OL: Klienternas nationalitet, uppdelat efter land (Internetversionen).

lingsvården med egna mål och resurser. De enheter som ägnar sig åt social återintegrering vänder sig inte enbart till problemmissbrukare av narkotika, utan kan arbeta med alla typer av missbrukare (bl.a. sådana som är beroende av alkohol och lagliga droger) eller till och med alla typer av socialt utslagna grupper (exempelvis hemlösa och uteliggare).

Det går inte att göra någon kvantitativ översikt över åtgärderna för social återintegrering i EU-medlemsstaterna, eftersom termen "social återintegrering" inte används på ett konsekvent sätt. Det kan visserligen finnas olika verksamheter parallellt, men på landsnivå brukar det finnas allmänna "inriktningar" för den sociala återintegreringen:

- Inriktning på alla utslagna grupper, med och utan missbruksproblem.
- Inriktning på personer med missbruksproblem i allmänhet.
- Uttrycklig och uteslutande inriktning på problemmissbrukare av narkotika (figur 23) ⁽¹⁹⁸⁾.

Det är svårt att kvantifiera tillgången på sociala återintegreringstjänster och bedöma hur lämpliga de är, även om uppgifterna tyder på att dessa tjänster är otillräckliga. I Tyskland uppskattar man exempelvis att det skulle behövas ungefär 25 000 platser för social återintegrering i landet, och det antal som faktiskt finns är omkring 4 000. Inom ett sysselsättningsprojekt i Österrike fick man in dubbelt så många ansökningar som man hade platser och var tvungen att säga nej till i genomsnitt femton personer om dagen.

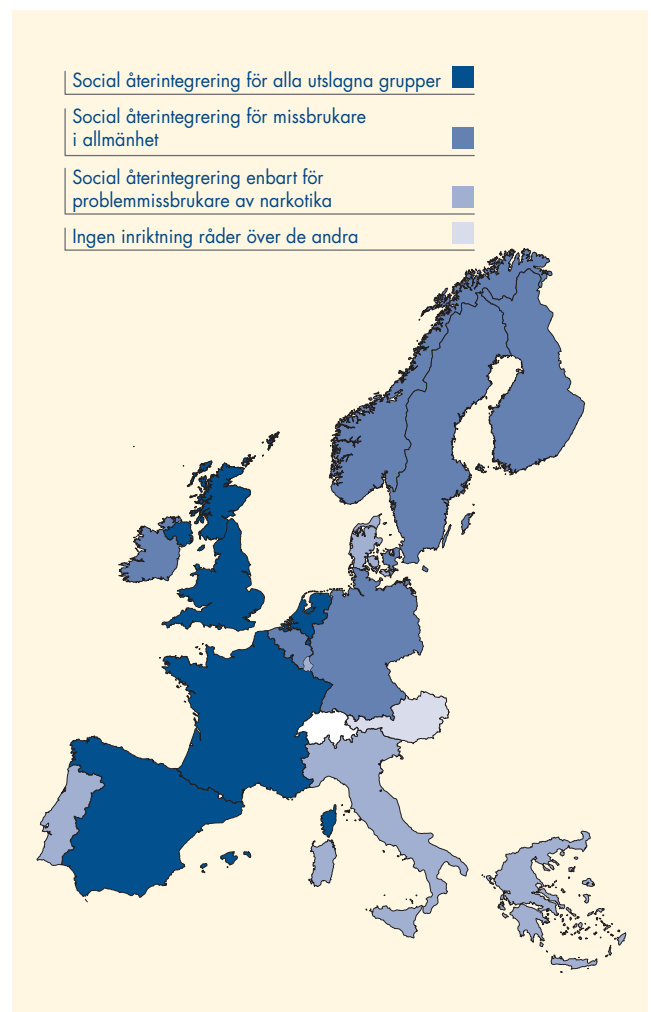
Social återintegrering kan delas in i tre huvudtyper av insatser: utbildning (inbegripet yrkesutbildning), boende och sysselsättning.

Många narkotikamissbrukare har en låg utbildningsnivå, och i många nationella rapporter sägs att problemmissbrukarna har ett dåligt förhållande till arbetsmarknaden (Grekland [Kavounidi, 1996], Danmark [Stauffacher, 1998], Nederländerna [Uunk och Vrooman, 2001]). Detta betyder att insatser för att förbättra de teoretiska, tekniska eller praktiska färdigheterna skulle ge klienterna ökade möjligheter på arbetsmarknaden.

Sysselsättningsåtgärderna kan vara av många olika slag. Ett exempel från Grekland är att företag som anställer en narkotikamissbrukare på en vanlig, "konkurrensutsatt" tjänst får ekonomiskt stöd. Andra åtgärder är bl.a. att man inrättar sysselsättningsorgan, som "jobbörser" i Wien i Österrike, och att man hjälper klienterna att starta egna företag, vilket också förekommer i Grekland och dessutom i Spanien, inom ramen för ett sysselsättningsprogram med namnet "Främjande av egenföretagande" (denna typ av insats är delvis [yrkes]utbildning).

Syftet med att tillhandahålla bostäder eller hjälpa klienterna att hitta bostäder är slutligen att skapa ett mått av stabilitet i deras liv. Att man erbjuder bostäder kan vara en insats i sig, men ofta ingår det även psykosocialt stöd och viss övervakning. Ett exempel på parallell psykosocial vård är Haus am Seespitz i Tyrolen i Österrike, som driver en öppen eftervårdsgrupp för klienter som träffas i bostäder. I Belgien finns Habitations Protégées, som erbjuder både boende och psykiatrisk vård. Forskning från Irland (den irländska nationella rapporten [Hickey 2002]) visar att 79 % av de kvinnliga f.d. internerna och 76 % av de manliga uppgav att svårigheter att hitta en lämplig bostad var deras främsta problem och huvudskälet till deras sociala utanförskap. Detta tyder på att boendeaspekten är en viktig del av insatserna för social återintegrering.

Figur 23: Inriktning på de främsta insatserna för social återintegrering av problemmissbrukare i EU och Norge



Källa: De nationella Reitox-rapporterna.

⁽¹⁹⁸⁾ Mer utförlig information och översikter över enskilda länder finns i studien "Social reintegration in the European Union and Norway" (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).