



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

Sosial eksklusjon og reintegrasjon

Definisjoner og konsepter

Ifølge den siste spørreundersøkelsen om 'sosial utrygghet og integrasjon' ⁽¹⁸⁷⁾ varierer andelen av den europeiske befolkningen som er truet av fattigdom og sosial eksklusjon fra 9 % til 22 % (Det europeiske råd, 2001). Mennesker anses som sosialt ekskludert dersom de 'er forhindret fra å delta fullt ut i det økonomiske, sosiale eller sivile liv, og/eller dersom deres adgang til inntekt og andre ressurser (personlige, familiemessige og kulturelle) er så utilstrekkelige at de er forhindret fra å ha en levestandard som regnes som akseptabel av det samfunnet de lever i' (Gallie og Paugam, 2002).

Sosial eksklusjon kan dermed defineres som en kombinasjon av mangel på økonomiske ressurser, sosial isolasjon og begrenset adgang til sosiale rettigheter og borgerrettigheter. Det er et relativt begrep innenfor det enkelte samfunn (CEIES, 1999) og representerer en progressiv akkumulasjon av sosiale og økonomiske faktorer over tid. Problemer i forbindelse med arbeid, utdanning og levestandard, helse, nasjonalitet, rusmiddelbruk, kjønnsforskjell og vold er faktorer som kan bidra til sosial eksklusjon (Det europeiske råd, 2001; Nasjonale rapporter, 2002).

Rusmiddelbruk kan anses som enten en konsekvens av eller en årsak til sosial eksklusjon (Carpentier, 2002) idet rusmiddelbruk kan forverre livssituasjonen, men på den annen side kan prosesser med sosial marginalisering være grunnen til at rusmiddelbruken begynner. Uansett, er forholdet mellom rusmiddelbruk og sosial eksklusjon ikke kausalt ettersom sosial eksklusjon 'ikke gjelder alle som bruker rusmidler' (Tomas, 2001).

Nå denne kompleksiteten tas i betraktning, er det mulig både å analysere rusmiddelbruk blant sosialt ekskluderte befolkninger og studere sosial eksklusjon blant rusmiddelavhengige (fig. 22).

Mønstre for og konsekvenser av rusmiddelbruk observert blant sosialt ekskluderte befolkningsgrupper

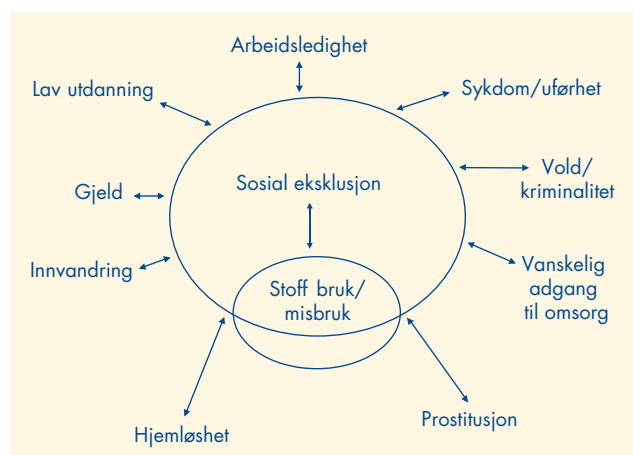
I litteraturen og forskningen blir følgende befolkningsgrupper vanligvis ansett for å være i fare for sosial eksklusjon: innsatte, innvandrere ⁽¹⁸⁸⁾, hjemløse, sexarbeidere og sårbare unge mennesker. Bias og metodologiske begrensninger i den framlagte informasjonen om narkotikabruk og bruksmønstrene blant sosialt ekskluderte grupper må tas i betraktning på grunn av

mangelen på informasjonskilder og sammenlignbare data for Europa sett under ett.

Forbindelsen mellom fengselsopphold og bruk av narkotika har vist seg å være ganske nær (se også s. 34). En stor andel innsatte bruker narkotika før de blir fengslet, og grunnen til fengslingen er ofte knyttet til narkotikabruk. Noen følger imidlertid en annen linje og blir brukere etter å ha blitt fengslet for andre lovbrudd. Studier tyder på at mellom 3 % og 26 % av brukerne i europeiske fengsler begynner å bruke narkotika under soning, og mellom 0,4 % og 21 % av innsatte sprøytebrukere satte sin første sprøyte i fengsel. Narkotikabruk er svært vanlig i fengslene, og inntil 54 % av de innsatte rapporterer at de har brukt narkotika mens de satt inne, og inntil 34 % rapporterer om sprøytebruk i fengsel (Stoever, 2001; EONN, 2002a).

Forbindelsen mellom 'svarte og etniske minoritetsgrupper' og narkotikabruk er mindre klar siden lite informasjon er tilgjengelig. Det foreligger ikke vitenskapelig bevis for at narkotikabruk er mer utbredt blant innvandrere enn i befolkningen generelt. I noen studier blant bestemte etniske minoritetsgrupper er det imidlertid funnet en større andel problembrukere i disse gruppene enn i befolkningen generelt, f.eks. blant ingrerne i Finland (hvor anslagsvis 1–2 % bruker narkotika, særlig heroin), kurdere i Tyskland, sigøynere i Spania og flere etniske grupper i Nederland (Vrieling et al., 2000) ⁽¹⁸⁹⁾. Grunnene til dette kan være en kombinasjon av sosialt ufordelaktige faktorer, som; dårlig beherskelse av det lokale språket, arbeidsledighet og boligproblemer, dårlige levekår og mangel på økonomiske ressurser (Nasjonale rapporter, 2002).

Figur 22: Forholdet mellom sosial eksklusjon og narkotikabruk



⁽¹⁸⁷⁾ Eurobarometer-undersøkelse 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf.

⁽¹⁸⁸⁾ Ifølge EONN (2002b) defineres innvandrere som 'svarte og etniske minoritetsgrupper' og omfatter innvandrerbefolkninger fra ulike samfunn bosatt i EU-land.

⁽¹⁸⁹⁾ Tabell 19 OL: Fordeling av primær avhengighet (alkohol, heroin, kokain, cannabis og spill) i Nederland blant innvandrere og innfødte nederlendere (nettutgaven).

Når det gjelder mønstrene for bruk av narkotika, er det funnet forskjeller mellom de etniske gruppene. Bruk av khat rapporteres bare av somaliske befolkningsgrupper og svarte afrikanere, mens heroin røykes av innvandrere fra Surinam og Bangladesh. Og narkotikabruken blant sigøynere i Spania ser ut til å starte i yngre alder (2–3 år yngre) enn i den innfødte befolkningen (Eland og Rigter, 2001; Reinking *et al.*, 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Hjemløse blir også rapportert å være i faresonen for narkotikabruk. Selv om det ikke foreligger sammenlignbare data fra hele Europa om forbindelsen mellom hjemløshet og narkotikabruk, er det gjennomført spesifikke studier i mange land, og narkotikabruk rapporteres som et vanlig problem blant hjemløse (Nasjonale rapporter, 2002). Danmark, Frankrike, Nederland og Storbritannia rapporterer at inntil 80 % av de hjemløse som bor på hospitser er narkomane, og utbredelsen er enda høyere blant folk som bor på gaten eller blant hjemløse med andre sosiale problemer. Ifølge en mindre studie fra Irland er f.eks. 67 % av tidligere innsatte, hjemløse rusmiddelavhengige (Hickey, 2002). Blant de hjemløse er heroin det mest brukte stoffet, fulgt av kokain og blandingsbruk. Annen høyrisikoatferd, som sprøytebruk og sprøytedeling, rapporteres også å være utbredt blant hjemløse ⁽¹⁹⁰⁾.

Det rapporteres om hyppig rusmiddelbruk blant sårbare unge mennesker og høy utbredelse blant barn som har opplevd problemer i familien, sosialt eller på skolen. Utbredelsen blant barn av narkotikaavhengige er også høy. Nivåene for livstidserfaring med narkotika blant barn av foreldre som har brukt narkotika det siste året, er signifikant høyere enn blant barn fra den 'ikke-sårbare' gruppen (livstidsprevalens på 37–49 % mot 29–39 % blant barn av foreldre som ikke er brukere) ⁽¹⁹¹⁾. Flere studier rapporterer at barn som har vært utsatt for seksuelle eller fysiske overgrep i familien har høyere risiko for å bruke narkotika i voksen alder (Liebschutz *et al.*, 2002). I Portugal rapporteres det at unge som har vært utsatt for vold og overgrep i familien, har syv ganger større sjanse for å bruke heroin enn ungdom i befolkningen generelt (Lourenço og Carvalho, 2002). I Storbritannia synes 'unge rømlinger' ⁽¹⁹²⁾ å være mer utsatt for narkotikamisbruk. Nivåene for livstidserfaring med narkotika er 2–8 ganger høyere enn hos dem som aldri

har rømt hjemmefra. Stoffene som oftest brukes er: crack, heroin og løsningsmidler. Problemer på skolen er en annen risikofaktor for å begynne med narkotika. Det rapporteres om høy utbredelse av narkotikabruk blant: barn som ikke går på skole (Amossé *et al.*, 2001), blant dem som går på spesialskoler (40 % av elevene i spesialskoler i Finland ble rapportert på ett eller annet tidspunkt å ha hatt et rusmiddelproblem, hvorav 16 % et narkotikaproblem) (Lehto-Salo *et al.*, 2002) og blant dem som får dårlige karakterer (13,5 % i Norge) (Vestel *et al.*, 1997).

Blant sexarbeidere er narkotikabruk ofte et motiv for prostitusjon, men kan også være en konsekvens (akkurat som for andre faktorer knyttet til narkotikabruk). Bruksmønstrene varierer avhengig av hva som kom først, prostitusjonen eller narkotikaavhengigheten. En italiensk kvalitativ undersøkelse blant gateprostituerte fant at når sexarbeiderne begynner å bruke narkotika for å takle problemer relatert til prostitusjonen, bruker de hovedsakelig alkohol, beroligende midler eller andre psykoaktive stoffer. Derimot er heroin det stoffet som hovedsakelig brukes dersom avhengighet er hovedgrunnen til prostitusjonen. (Calderone *et al.*, 2001).

Forskningsresultater eller data om andre sosialt ekskluderte grupper er ikke så lett tilgjengelig; Danmark rapporterer at blant pasienter i den psykiatriske helsetjenesten er 50–60 % narkotikaavhengige, trolig fordi narkotika er lett tilgjengelig, og fordi slike pasienter er vant med å bruke psykoaktive legemidler (Nasjonal rapport, 2002).

Forholdet mellom sosial eksklusjon og narkotikabruk

Det foreligger mer data om sosiale forhold for befolkningen i behandling. Sosioøkonomiske faktorer i forbindelse med narkotikabruk inkluderer lav utdanning, at man avslutter skolegangen tidlig eller dropper ut, lave inntekter og vanskelige jobber, lav inntekt og gjeld, prekære boligforhold og hjemløshet, dødelighet og narkotikarelaterte sykdommer, liten tilgang til pleie- og omsorg samt sosial stigmatisering (tabell 5).

Relevante forskjeller i de sosiale forholdene for narkotikabrukere ligger i hvilke stoff som brukes og bruksmønstrene. Heroin- og opiatbrukere samt kronisk avhengige narkotikabrukere har det verst.

⁽¹⁹⁰⁾ Det britiske innenriksdepartementet rapporterer at over en tredel av de hjemløse i Storbritannia har injisert heroin, og en femtedel har injisert crack. Den siste måneden har over 10 % brukt en annens sprøyte eller gitt videre sin egen sprøyte (Carlen, 1996; Goulden og Sondhi, 2001).

⁽¹⁹¹⁾ Ifølge en undersøkelse gjennomført i England og Wales i 1998-99 blant 4 848 unge (Goulden og Sondhi, 2001).

⁽¹⁹²⁾ The Social Exclusion Unit under den britiske visestatsministerens kontor definerer en 'ung rømling' som 'et barn eller en ungdom under 18 år som uten tillatelse tilbringer en eller flere netter borte fra familie hjemmet eller omsorgshjemmet, eller som er tvunget til å forlate hjemmet av sine foreldre eller omsorgspersoner' (The Social Exclusion Unit, 2002).

47 % av alle klienter i behandling i 2001 har ingen skolegang eller fullførte ikke mellomtrinnet. Det rapporteres også om høye rater for tidlig avslutning av skolegangen, og narkotikabrukere dropper ofte ut av skolen. Det viser seg at det er forskjeller alt etter hvilket stoff som er hovedstoff, samt landene imellom ⁽¹⁹³⁾. Opiatbrukere (særlig heroinbrukere) har lavest utdanningsnivå (Nasjonale rapporter, 2002).

På grunn av deres prekære sosiale situasjon har narkotikabrukere også problemer i forhold til arbeidsstatus, med en svært høy arbeidsledighet sammenlignet med befolkningen generelt (47,4 % blant brukere i behandling mot 8,2 % ⁽¹⁹⁴⁾ i befolkningen generelt). Å finne seg en jobb er vanskelig, og det er sjelden at narkotikaavhengige beholder en jobb lenge eller har framgang i karrieren (DrugScope, 2000) ⁽¹⁹⁵⁾. Usikker arbeidsstatus kan føre til økonomiske problemer, og narkotikaavhengige har ofte lav inntekt eller ingen økonomiske ressurser (32–77 % av klientene i behandling overlever på sosialhjelp). Gjeld er også vanlig.

Tabell 5: Sosiale forhold (utdanning, arbeidsstatus, bolig) hos klienter i behandling i EUs medlemsstater i 2001

Sosiale forhold		Narkotikabrukere i behandling (gyldig %) ⁽¹⁾
Utdanning (n = 98 688)	Ingen skolegang/grunnskolen mellomtrinn ikke fullført	8.0
	Grunnskolen mellomtrinn fullført	43.6
Arbeidsstatus (n = 100 000)	Arbeidsledig	47.4
	Ikke yrkesaktiv	9.6
Bolig (n = 41 299)	Ustabile boligforhold	10.4
	Institusjon	7.5

⁽¹⁾ Prosentandelene beregnes ut fra totalt antall tilfeller rapportert for hver kategori. Totalen blir ikke 100 % ettersom bare verdier som er av interesse for dette kapittelet er lagt fram her (ingen skolegang, arbeidsledig osv.); for fullstendige opplysninger, se fig. 55 OL: Utdanningsnivå blant alle klienter etter land; fig. 56 OL: Arbeidsstatus blant alle klienter etter land; og fig. 57 OL: Boforhold blant alle klienter etter land (nettutgaven).
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter – TDI-data 2001.

Narkotikabrukere rapporteres ofte å leve i svært dårlige kår: 10,4 % av klientene har ustabile boligforhold, og 7,5 % bor i institusjon. Videre rapporterer en rekke land svært høye tall for hjemløse (inntil 29 %) blant narkotikaavhengige ⁽¹⁹⁶⁾.

Når det gjelder nasjonalitet, er kjennetegnene de samme som for befolkningen generelt ⁽¹⁹⁷⁾: klientene er hovedsakelig borgere av det landet de søker behandling i, og antallet personer fra andre land (europeiske eller ikke-europeiske) er i tråd med andelen utlendinger i befolkningen generelt. Det skal imidlertid huskes på at i enkelte land er registrering av klientenes nasjonalitet/etnisitet ikke tillatt, og at slik informasjon derfor ikke alltid er tilgjengelig.

Bortsett fra direkte helsekonsekvenser (se s. 24 og 28) kan narkotikabrukere ha vanskeligheter med å få tilgang til pleie og omsorg på grunn av motvilje mot å ha noe med helsetjenestene å gjøre eller på grunn av lav utdanning, liten grad av aksept fra vanlige helsetjenester og særskilte helseproblemer det ikke finnes hensiktsmessige tilbud for.

Til slutt, narkotikabrukere lider under et negativt sosialt image og kan møte uvilje hos befolkningen generelt og hos offentlige myndigheter. Forskning som er utført i et fengsel i Wien fant at narkotikabrukere ofte opplever vold og mishandling fra politiet eller andre offentlige tjenestemenn (Waidner, 1999).

Sosial reintegrasjon

Både EU-landene og Norge har iverksatt tiltak som skal avhjelpe sosial eksklusjon blant grupper med eller uten rusmiddelavhengighetsproblemer og de samfunnsmessige konsekvensene av rusmiddelbruk/-misbruk.

På grunnlag av Den europeiske unions narkotikastrategi (2000–04) (Rådet for Den europeiske union, 2000) og en særskilt studie om sosial reintegrasjon i EU og Norge (EONN, 2003b), kan sosial reintegrasjon defineres som 'ethvert tiltak for å integrere narkotikabrukere i samfunnet'.

Tiltak for sosial reintegrasjon har både nåværende og tidligere narkotikabrukere som målgruppe; fra tidligere brukere som nå er velfungerende og 'rene', via klienter som er på langsiktige metadonprogrammer og til svært nedbrutte rusmiddelbrukere på gaten. Tiltakene trenger ikke nødvendigvis ha noen behandlingskomponent, det være seg

⁽¹⁹³⁾ Figur 55 OL: Utdanningsnivå blant alle klienter etter land (nettutgaven).

⁽¹⁹⁴⁾ Gjennomsnittlig arbeidsledighet i de 15 medlemsstatene (Eurostat, 2002).

⁽¹⁹⁵⁾ Figur 56 OL: Arbeidsstatus blant alle klienter etter land (nettutgaven).

⁽¹⁹⁶⁾ Figur 57 OL: Boforhold blant alle klienter etter land (nettutgaven).

⁽¹⁹⁷⁾ Figur 58 OL: Klientenes nasjonalitet etter land (nettutgaven).

medisinsk eller psykososial. Dette betyr også at sosial reintegrasjon ikke nødvendigvis finner sted etter behandling, men kan skje uavhengig av tidligere behandling, som et siste trinn i en behandlingsprosess eller som et frittstående og uavhengig etterbehandlingstiltak gjennomført av ikke-behandelnde tjenester som har egne mål og virkemidler. Tjenester som skal bistå med sosial reintegrasjon er ikke utelukkende beregnet på problembrukere av ulovlige narkotiske stoffer, de tar seg av alle typer rusmiddelavhengige (inkludert alkohol og lovlige rusmidler) eller til og med sosialt ekskluderte grupper (f.eks. hjemløse og uteliggere).

En kvantitativ oversikt over sosiale reintegrasjonstiltak i EUs medlemsstater er umulig å få til stand ettersom begrepet 'sosial reintegrasjon' ikke brukes entydig. Selv om ulike tjenester eksisterer side om side, er det på landsnivå typisk generelle 'tilbudsmodeller' for sosial integrasjon.

- rettet mot alle ekskluderte grupper, med eller uten avhengighetsproblemer,
- rettet mot personer med avhengighetsproblemer generelt,
- rettet eksplisitt og utelukkende mot problembrukere av ulovlige narkotiske stoffer (fig. 23) ⁽¹⁹⁸⁾.

Det er vanskelig å kvantifisere tilgjengeligheten av tjenester for sosial integrasjon og vurdere om tilbudet er tilstrekkelig, selv om dokumentasjonen tyder på at antallet tilbud trolig er utilstrekkelig. Tyskland anslår f.eks. behovet for reintegrasjonsplasser til om lag 25 000, mens det faktiske antallet tilgjengelige plasser, grovt regnet, ligger rundt 4 000. Et arbeidsmarkedstiltak i Østerrike registrerte dobbelt så mange søkere som ledige plasser og måtte avvise gjennomsnittlig 15 personer hver dag.

Tiltak for sosial reintegrasjon kan deles inn i tre hovedtyper: utdanning (inkludert opplæring), boligformidling og arbeidsformidling.

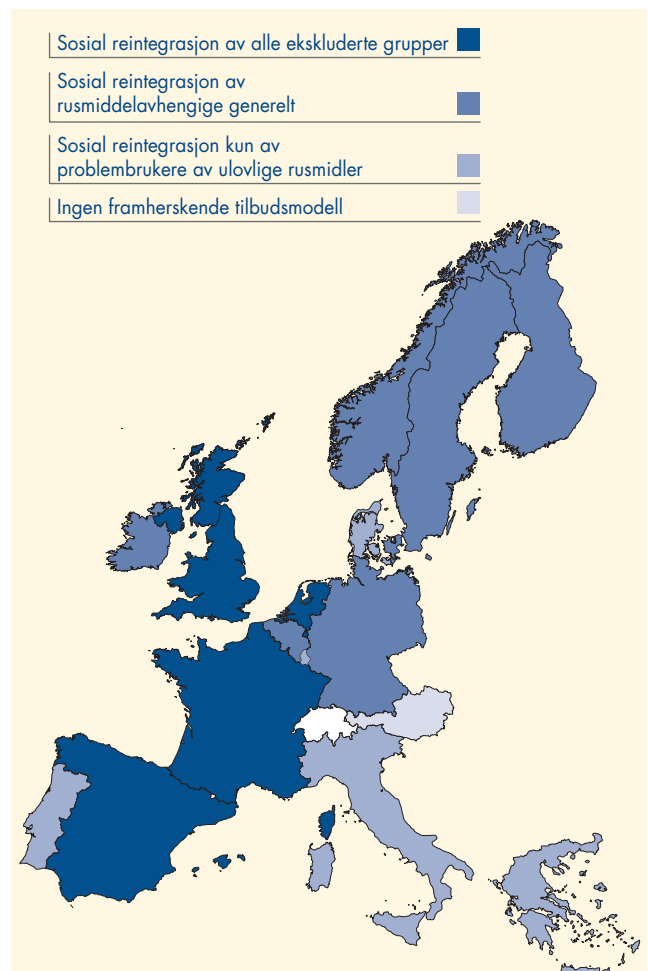
Mange narkotikabrukere har lav utdanning, og mange nasjonale rapporter beskriver et dårlig forhold mellom problembrukere og arbeidsmarkedet (Hellas (Kavounidi, 1996), Danmark (Stauffacher, 1998), Nederland (Uunk and Vrooman, 2001)). Tiltak som tar sikte på å oppgradere akademiske, tekniske og praktiske ferdigheter vil derfor bedre klientenes sjanser på arbeidsmarkedet.

Arbeidsmarkedstiltakene kan arte seg svært forskjellig og kan f.eks. bestå i økonomisk støtte til selskaper som på ellers like vilkår ansetter narkotikabrukere, som rapportert fra Hellas. Andre tiltak kan bestå i at det etableres en egen arbeidsformidling, slik det f.eks. er gjort i Wien, Østerrike, eller hjelpe klienten til å etablere sin egen

næringsvirksomhet, slik både Hellas og Spania har gjort med støtte fra sysselsettingsprogrammet 'Støtte til selvstendig næringsvirksomhet' (denne typen tiltak overlapper utdannings-/opplærings tiltak).

Og endelig, boligformidling eller hjelp til å finne bolig har som mål å gi klientene et mer stabilt liv. Tilbud om bolig kan være et tiltak i seg selv, men vil ofte være ledsaget av psykososial assistanse og en viss grad av tilsyn. Et eksempel på parallell psykososial omsorg er Haus am Seespitz i Tyrol, som driver en åpen ettervernsgruppe for klienter som møtes i et bofellesskap. I Belgia tilbyr 'Habitations Protégées' både bolig og psykiatrisk omsorg. Forskning utført i Irland (Nasjonalt rapport for Irland (Hickey 2002)) viste at 79 % av kvinnelige og 76 % av mannlige tidligere innsatte uttalte at å finne passende bolig var deres største problem og grunnen til at de var sosialt ekskludert, noe som tyder på at boligformidling er et viktig tiltak for sosial reintegrasjon.

Figur 23: Viktigste modeller for sosial reintegrasjon av problembrukere i EU og Norge



Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter.

⁽¹⁹⁸⁾ For mer inngående informasjon og landoversikter, se studien 'Sosial reintegrasjon i Den europeiske union og Norge' (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).