

Brugere i substitutionsbehandling - i arbejde, på kontanthjælp eller på førtidspension

Hvordan ser de tre brugergrupper ud i forhold til medicinering, funktionsniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet?

AF PETER EGE

Det er en kendsgerning, at nogle brugere i substitutionsbehandling er i arbejde, men at flertallet modtager kontanthjælp eller førtidspension. Min mangeårige erfaring fortæller mig også, at de brugere, der er i arbejde, stort set altid har haft en kontakt til arbejdsmarkedet, mens de to øvrige grupper ikke fik en bare

nogenlunde tæt kontakt til arbejdsmarkedet, hverken før eller under at de fik et problematisk stofbrug.

Men hvordan de tre brugergrupper ligner og adskiller sig fra hinanden, har jeg ikke set nærmere beskrevet, og jeg har derfor prøvet at karakterisere de tre grupper og set på ligheder og forskelle mellem dem. De tre brugergrupper kommer alle i Lægeklinikken i Turesensgade, hvor jeg varetager deres substitutions-



BOKS 1. HVILKE FORMER FOR ARBEJDE HAR BRUGERNE?

SOSU-assistent, musiker, arbejdsmand, pedel, gulvafhøvler, hjemmehjælper, operationskoordinator, specialarbejder, lærer, indehaver af en taoveringsbutik, chauffør, mellemlider i en forvaltning, sygeplejerske, skolepsykolog, tømrer, filmfotograf, automekaniker, butiksbestyrelse, bager.

behandling.

Tabellen nedenfor viser de tre gruppers karakteristika.

Tabellen kræver nogle forklaringer. De 23 i arbejde inkluderer en efterløner, en folkepensionist og en sygemeldt, som har arbejdet hele sit liv. BZ står for benzodiazepiner. BZ+ betyder at de pågældende har fået benzodiazepiner i mere end normal døgndosis, fx > 3 x 5 mg diazepam. Psykisk og somatisk sygdom inkluderer ikke bagatelagte lidelser, men kroniske sygdomme, som oftest medfører betydelig funktionsindskrænkning.

Det fremgår overbevisende, at de tre grupper adskiller sig meget fra hinanden, men også at førtidspensionist- og kontanthjælpsgruppen ligner hinanden ganske meget på nogle områder.

Mere end halvdelen af de 45 brugere i substitutionsbehandling har, eller har haft, en længerevarende og regelmæssig tilknytning til arbejdsmarkedet. Det illustrerer, at der er tale om en selekteret gruppe, og dette hænger igen sammen med, at de brugere, der henvises til Turesensgade, skal have et rimeligt højt funktionsniveau og skal kunne administrere en apotekerordning uden problemer. Men ikke desto mindre illustrerer det også meget tydeligt, at brugere i metadon- og buprenorphinbehandling kan varetage et arbejde stabilt over mange år, og det er desværre langt fra den gængse opfattelse blandt befolkningen og blandt de ansatte i social- og jobcentre, hvor mange tror, at forudsætningen for at komme i arbejde er stoffrihed. Det er derfor også relevant at se på, hvilke job brugerne bestrider, og det er vist i **BOKS 1**.

Der er således tale om en stor diversitet, når det

gælder beskæftigelse. Der er alt fra kunstnere til arbejdsmænd til akademikere.

Ser vi nærmere på forskelle og ligheder mellem de tre grupper, er der flere ting, der er værd at bemærke.

Køn er ikke noget, der adskiller, men alderen gør. Ikke overraskende er kontanthjælpsmodtagerne de yngste (selv om de langt fra er unge), og førtidspensionisterne de ældste. Andelen, der er i behandling med buprenorphin, er beskeden og stort set ens i de tre grupper, og det vil måske skuffe dem, der noget naivt forventer sig, at de buprenorphin-behandlede i særlig grad er arbejdsmarkedsparate. Derimod er der væsentlige forskelle på den gennemsnitlige metadondosis mellem de tre grupper. Kontanthjælpsgruppen ligger på 120 mg, førtidspensionisterne på 80 og gruppen i arbejde på 50. Men den højst doserede bruger (200 mg) tilhører gruppen i arbejde. Ligeledes er der væsentlige forskelle, når det gælder brugen af benzodiazepiner. Stort set alle førtidspensionister er i behandling med benzodiazepiner (men de er også de ældste), det gælder ca. halvdelen af kontanthjælpsmodtagerne og knapt 10 % blandt dem, der er i arbejde.

Nu bør det ikke få nogen til at tro, at de noget større metadondoser og det mere udstrakte brug af benzodiazepiner er årsagen til, at de ikke-beskæftigede grupper ikke er i arbejde. Det større brug af medicin hænger klart sammen med, at disse to grupper er langt mere belastede end gruppen i arbejde. Det fremgår tydeligt, når man ser på hyppigheden af psykisk og somatisk sygdom, som er markant større blandt de ikke-beskæftigede end blandt de beskæfti-

Tabel 1. Personer i arbejde, på kontanthjælp og modtagere af førtidspension.

	Andel kvinder (i %)	Gennemsnitsalder (median)	Gennemsnitlig Metadondosis (median)	Buprenorphin (i %)	BZ i %	BZ + i %	Psykisk sygdom i %	Somatisk sygdom i %	Både og i %	Enlig i %
I arbejde (N = 23)	22	53 (32 – 65)	50 (10 – 200)	13	9	0	13	13	4	48
Kontanthjælp (N = 12)	17	45 (39 – 59)	120 (30 – 160)	17	42	17	56	67	42	67
Førtidspension (N = 10)	20	59 (49 – 69)	80 (43 – 160)	10	90	10	50	80	40	90



PETER EGE

TIDLIGERE SOCIALOVERLÆGE I KØBENHAVNS KOMMUNE



gede. Og de er også mere ensomme.

De psykiske sygdomme, der optræder, er primært angst og depression og ADHD, men der er også en enkelt psykose. De somatiske lidelser er KOL, kronisk aktiv hepatitis, muskel-, led- og gigtsygdomme, overvægt, kronisk venøs insufficiens (hævede ben) med kroniske sår.

Det er tydeligt, at førtidspensionisterne og kontanthjælpsmodtagerne ligner hinanden på ganske mange områder, bortset fra, at den første gruppe er betydeligt ældre. Når den ene gruppe får førtidspension og den anden ikke, er det ikke, fordi kontanthjælpsmodtagerne har så meget større arbejdsevne end førtidspensionisterne. Kun hos 2, måske 3, af de 12 personer på kontanthjælp er det rimeligt at forsøge at aktivere/revalidere, resten burde tildeles førtidspension. Men de er så relativt unge, at de er blevet

ramt af aktiveringshysteriet og den politiske modvilje mod at tildele en førtidspension.

Her gik man og troede, at den seneste førtidspensionsreform (den gældende) bl. a. handlede om ikke at lægge så meget vægt på lægelige diagnoser, men på funktionsniveauet, og så ser man alligevel denne futile jagt på diagnoser, mens funktionsniveauet tilsyneladende ingen rolle spiller. Det er dybt godnat, men hænger selvfølgelig sammen med den incitamentsstruktur, der ikke belønner kommunerne for at tildele en førtidspension, og den grasserende beskæftigelses- og aktiveringskultur, som den borgerlige regering rullede ud over kommunerne, og som helt uanfægtet videreføres af den nuværende regering.

Der er tale om et forrygende ressourcespild, når vi sender mennesker rundt i meningsløse aktiveringsforløb, jobprøvninger, til speciallæger og til dyre behandlinger. Fra smertebehandlingen ved vi, at det, der hjælper på de kroniske smertepatienter, som søger førtidspension, er, at de får denne, og at deres træk på samfundets hjælpeforanstaltninger i både social- og sundhedsvæsenet herefter mindskes markant.

Tilsvarende kunne man give de meget belastede stofbrugere en væsentlig bedre livskvalitet ved at tildele dem den førtidspension, som de åbenlyst er berettigede til. Men desværre er den politiske vilje ikke til stede. ■



OM LÆGEKLINIKKEN TURESENSGADE

Københavns Kommune har samarbejdsaftaler med en række private tilbud til udsatte borgere, deriblandt Lægeklinikken Turesensgade, som varetager substitutionsbehandling af københavnske borgere, der:

- har været i substitutionsbehandling i en længere periode
- kan hente medicinen på apotek
- har en stabil social situation

I lægeklinikken kommer borgeren til samtale hos lægen mindst en gang månedligt eller ved behov. Der følges op på den medicinske og sundhedsfaglige behandling, og ved behov for social behandling henvises til Rådgivningscenter København. Det er også herfra, der visiteres til Turesensgade.

Kilde: www.kk.dk