atf alkoholismus therapieforschung schweiz

Autoren summary
Monika Schlüsselberger, Peter Eggli, Thomas Meyer, Katrin Schläfli und Harald Klingemann (2009).
act-info Patientenmonitoring 2008.
Executive Summary – Forel Klinik Ellikon a.d. Thur, Forel Klinik & atf Schweiz.

2008

act-info | **Patientenmonitoring – Forel Klinik**

Executive Summary

forel klinik

Eckdaten im Überblick

Eintritte	**2008:**	**384 PatientInnen**	**Austritte**	**2008:**	**368 PatientInnen**
Eintritte	2007:	332 PatientInnen	Austritte	2007:	341 PatientInnen
Eintritte	2006:	306 PatientInnen	Austritte	2006:	307 PatientInnen
Eintritte	2005:	303 PatientInnen	Austritte	2005:	291 PatientInnen
Eintritte	2004:	283 PatientInnen	Austritte	2004:	292 PatientInnen

Soziodemographische Merkmale bei Eintritt
(Eintritte 2007)

Geschlecht	66%	Männer (N=253)
	34%	Frauen (N=131)
Durchschnittsalter	46.4 Jahre	
	Männer: 45.8 Jahre; Frauen: 47.6 Jahre	
Staatsangehörigkeit	83%	SchweizerInnen
	12%	EU
	5%	andere Länder
Zivilstand	27%	verheiratet
	39%	ledig
	28%	geschieden

Sozioökonomischer Status bei Eintritt
(Eintritte 2007)

Höchste Ausbildung	18%	obligatorische oder weiterführende Schule
	52%	Berufslehre
	6%	Matura oder DMS
	9%	Fachhochschule oder Universität
	2%	keine Ausbildung
Erwerbsstatus	32%	Vollzeitarbeit
	8%	Teilzeitarbeit
	23%	auf Stellensuche
	24%	nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv
	1%	in Ausbildung
Lebensunterhalt	38%	Erwerbseinkommen
	6%	Arbeitslosenversicherung
	15%	Ersparnisse/ PartnerIn
	2%	Eltern/ Freunde
	17%	Rente
	19%	Sozialhilfe/ Fürsorge
Berufliche Stellung	17%	Angestellte
	13%	Kader
	8%	selbständig
	42%	nicht erwerbstätig
Schulden	55%	keine
	28%	bis Fr. 25'000.– CHF
	17%	grösser 25'000.– CHF

Soziales Umfeld bei Eintritt
(Eintritte 2007)

Partnerschaft	54%	haben eine feste Beziehung, davon vermuten 21% Suchtprobleme bei den PartnerInnen
	39%	sind alleinstehend
	56%	haben Kinder
Zufriedenheit	62%	sind zufrieden mit Ihrer Partnerbeziehung
	70%	sind zufrieden mit Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis
	34%	sind zufrieden mit Ihrer Freizeit

Umstände des Behandlungsbeginns
(Eintritte 2007)

Zuweiser (Mehrfachnennungen)	51%	geben Eigeninitiative als Hauptgrund für Eintritt in Klinik an
	Weitere Zuweiser:	
	19%	Arztpraxis
	23%	Familie
	20%	PartnerIn
	10%	Freunde
	11%	Spitäler
	15%	Suchtinstitutionen
	5%	Arbeitgeber
	1%	Verurteilung/Massnahme
Therapieerfahrung	92%	haben bereits vorherige Behandlungserfahrungen: davon hatten 73% mindestens einen professionell begleiteten Entzug, davon 47% stationär
Hauptproblem-substanz	97%	Alkohol
	2%	illegale Drogen (Cannabis, Kokain)
	1%	Medikamente
	79%	der PatientInnen sind ausserdem RaucherInnen (Tabak)
Therapieziel Eintritt	61%	definitive Abstinenz
	20%	zeitlich begrenzte Abstinenz
	10%	kontrollierter Konsum
	9%	noch nicht festgelegt

Basismodul

Forel Klinik

Allgemeiner Gesundheitszustand

(Eintritte 2007)

Physische Gesundheit

50% leiden an körperlichen Suchtfolgeerkrankungen

27% weisen zudem im letzten Monat nichtsuchtbezogene körperliche Erkrankungen auf

Psychische Gesundheit

Im letzten Monat litten
44% an psychischen Problemen, nämlich
(Mehrfachangaben)

21%	medikamentös behandelte psychische Probleme
14%	Depressionen
11%	Angstzustände
12%	kognitive Probleme
1%	Probleme mit Gewaltkontrolle
6%	Selbstmordgedanken
2%	Selbstmordversuche

Bisher im Leben litten
68%an psychischen Problemen, nämlich
(Mehrfachangaben)

27%	medikamentös behandelte psychische Probleme
36%	Depressionen
23%	Angstzustände
14%	kognitive Probleme
1%	Halluzinationen
4%	Probleme mit Gewaltkontrolle
19%	Selbstmordgedanken
10%	Selbstmordversuche

Behandlungsverlauf

(Austritte 2007)

Therapiedauer

Gesamt: Ø 12.2 Wochen (Wo)
(Männer:12.5 Wochen; Frauen: 11.6 Wochen)

Stationen

Frauenabteilung (17% der Patientinnen):
Ø 12.1 Wo Behandlungsdauer
Flexible Abteilung (35% der PatientInnen):
Ø 13.0 Wo Behandlungsdauer
Kurzzeitabteilung (48% der PatientInnen):
Ø 11.6 Wo Behandlungsdauer

Rückfälle

56%
haben keine Rückfälle während der Behandlung
(13% hatten einen und 31% mehr als einen Rückfall)

Umstände des Behandlungsabschlusses

(Austritte 2007)

Behandlungsabschluss

29% planmässig ohne Übertritt

44% planmässig mit Übertritt, davon:

81%	ambulant
2%	stationär
23%	expliziter Abbruch
3%	Hospitalisierung

Nachsorge

bei 76% der PatientInnen ist die Nachsorge geregelt, davon:

55%	in Alkohol- und Drogenberatungsstelle
10%	in Selbsthilfegruppe
18%	fremde Aussenwohngruppe/Nachsorge
3%	institutionseigene Nachsorge
2%	Ehemaligen-Gruppe der Institution

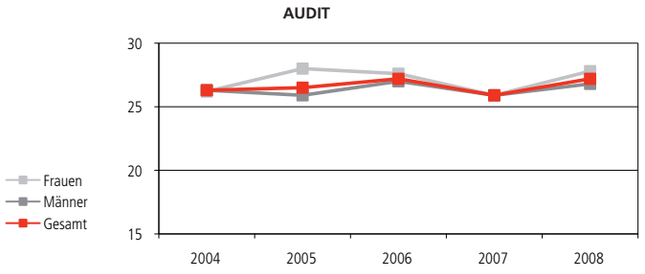
Therapeutenprognose

2% sehr gut
40% gut
39% eher ungünstig
19% ungünstig

Ausgewählte Trends bei den Eintrittsmerkmalen

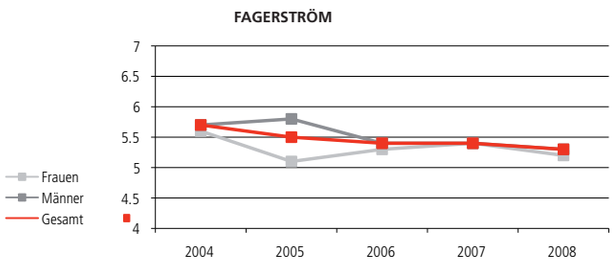
ALKOHOLWERTE AUDIT[1]

Die Gesamtwerte des **AUDIT (Test für problematischen Alkoholkonsum)** verzeichnen seit 2004 einen schwankenden Verlauf.
Im Vorjahr wurde hinsichtlich des Schweregrades der Alkoholabhängigkeit ein deutlicher Abfall verzeichnet. Der aktuelle Anstieg (27.2 Punkte) im Vergleich zur letzten Berichtsperiode basiert auf der tendenziellen Zunahme einzelner Abhängigkeitsmerkmale. So wird diesjährig von einer deutlichen Zunahme eines Kontrollverlusts sowohl bezüglich des Konsums als auch des Verhaltens im Allgemeinen berichtet. Damit einhergehend erklärten die Befragten auch vermehrte Schuldgefühle. Diese Entwicklung ist bei Frauen und Männern gleichermassen zu beobachten. Bei Männern stieg die Anzahl von Vorfällen, wo im Rahmen des Alkoholkonsums andere oder sie selbst verletzt wurden in den letzten Jahren an. Diesjährig nähern sich die Werte dem Hoch von 2006 an.
Alkoholbedingte Palimpseste (Erinnerungslücken) bei männlichen Patienten sind im Vergleich zum Vorjahr wieder zurückgegangen, sind jedoch in den vorhergehenden Berichtjahren etwas angestiegen. Das soziale Umfeld von Frauen zeigte seit 2004 einen konstanten und deutlichen Anstieg in ihrem Engagement und erreicht 2008 einen neuen Höhepunkt.
Frauen verzeichneten insgesamt in den letzten Jahren durchwegs höhere Werte als Männer. Im aktuellen Berichtsjahr hat eine Angleichung stattgefunden.



RAUCHERWERTE «FAGERSTRÖM»[2]

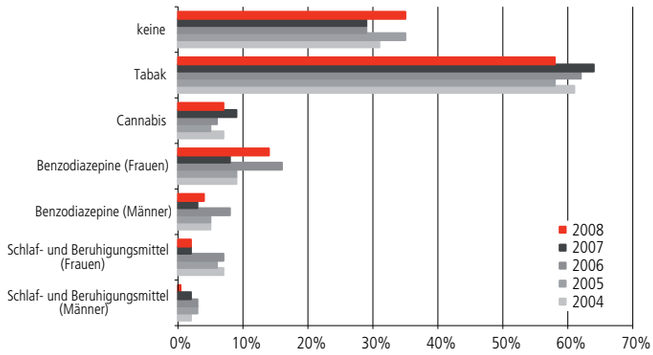
Die Gesamtwerte des Fagerströms (Tabakabhängigkeit) sind seit 2004 stetig leicht gesunken, allerdings kaum mehr seit 2006. Im Jahr 2008 wurde ein Wert von 5.3 Punkten erreicht.
Die Werte der Frauen haben sich über die Berichtsperioden hinweg denjenigen der Männer weitgehend angeglichen.
Nach wie vor spiegelt sich der in der Allgemeinbevölkerung beobachtbare Trend zum vermehrten Nichtrauchen auch bei den PatientInnen wieder: 2006 waren 17% bei Eintritt Nichtraucher, 2008 waren dies bereits 21%.



[1] AUDIT: (Alcohol Use Disorders Identification Test): Maximale Punktzahl 40, wobei ab 8 Punkten ein Gesundheitsrisiko besteht
[2] Fagerström: Skala von 1 bis 10 (0-5: geringe bis mittlere Abh. / 6-10: starke bis sehr starke Abhängigkeit)

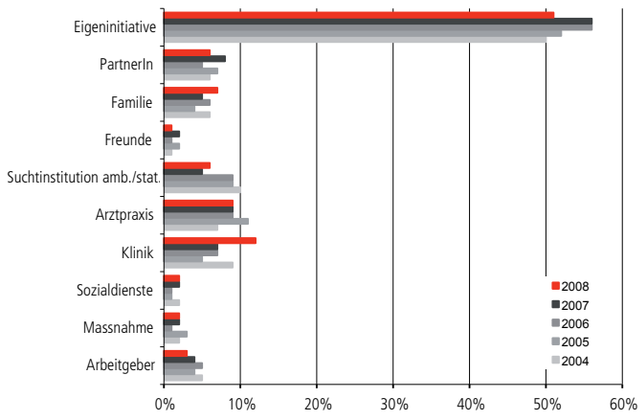
WEITERE SUCHTPROBLEME BEI EINTRITT

Der Anteil der PatientInnen, die 2008 bei Eintritt über kein weiteres Suchtproblem berichten, liegt bei 35% und hat – verglichen mit den letzten beiden Jahren – leicht zugenommen.
Weitere Substanzprobleme beziehen sich in erster Linie auf den Konsum von Tabak (58%) und Cannabis (7%). Zu beachten ist hierbei, dass sich die Angaben in der Graphik nicht auf den tatsächlichen Substanzkonsum beziehen, sondern auf den von den PatientInnen als problematisch beurteilten Konsum. Damit erklärt sich auch die Diskrepanz des aktuell beobachtbaren Rückgangs hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Tabakproblematik und der objektiv konstant bleibenden Problematik auf Basis der Fagerström-Werte.
Der problematische Konsum von Schlafmitteln beziehungsweise Beruhigungsmitteln ist bei Frauen und Männern in den letzten Jahren gleich bleibend bis leicht rückläufig. Weitere Suchtprobleme aufgrund von Benzodiazepinen werden weiterhin eher von Frauen als von Männern berichtet und treten diesjährig bei den Frauen beinahe doppelt so häufig auf als im Vorjahr.



ZUWEISUNGSSITUATION

Die Eigeninitiative als im Vordergrund stehender Einweisungsgrund hat seit 2004 zunächst einen Anstieg von 50% auf 56% (im Vorjahr) verzeichnet, ist jedoch im aktuellen Berichtsjahr wieder auf 51% gesunken. Nach wie vor tritt jedoch mehr als die Hälfte der PatientInnen vorwiegend aus eigener Initiative die stationäre Behandlung an, was sich weiterhin im Rahmen des autonomen PatientInnenbildes in der Bedeutung individualisierter Angebote sowie ausgehandelter Therapieziele niederschlägt.
Inwieweit sich hinter ‹Eigeninitative› nicht auch ein starker informeller Druck verbirgt, bleibt offen. Nahezu unverändert zeigt sich jedoch das Ausmass der Initiative seitens der Freunde, Arztpraxen, Sozialdienste, Arbeitgeber und des Justizvollzugs.
Eine geringe Zunahme an Zuweisungen konnte im familiären Umfeld verzeichnet werden. Zuweisungen aus Kliniken haben verglichen zum Vorjahr beinahe um das Doppelte zugenommen und liegen derzeit bei 12%.



Zusatzmodul Arbeit

Forel Klinik

SUCHT UND ARBEIT – EIN SEHR AKTUELLES THEMA

Die Wahl des diesjährigen Sonderthemas «Arbeit» fällt in die Zeit einer der schwersten Wirtschaftskrisen. Betriebsschliessungen und wachsende Arbeitslosenzahlen sind zu erwarten. Was bedeutet dies für das Suchtversorgungssystem? Zunächst ist festzuhalten: Sucht und Arbeit beziehungsweise Arbeitslosigkeit stehen in einem dynamischen Wechselverhältnis. Suchtprobleme können zum Verlust des Arbeitsplatzes und zu verstärkter Sucht führen. Erhöhter Stress am Arbeitsplatz, Angst um die Stelle und der Stellenverlust können den Griff zu psychoaktiven Substanzen auslösen. Mancher Erwerbstätige wird angesichts der Wirtschaftslage zögern, sich mit seinen Suchtproblemen zu konfrontieren und betriebsinterne oder –externe fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies stellt besondere Anforderungen an die stationäre Suchtbehandlung, wenn sie nicht dazu beitragen will, eine prekäre Situation im Erwerbsleben durch eine de facto Ausgliederung weiter zu verschärfen. Arbeitsagogik im herkömmlichen Sinne und Bemühungen im Rahmen der Entlassungsvorbereitung genügen hier nicht mehr. Marktorientierte Arbeits- und Weiterqualifizierungstätigkeiten während der psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne sind angesagt.

Beispiele sind die Zusammenarbeit mit externen Unternehmen und den regionalen Arbeitsvermittlungsstellen (RAV). Die folgende Analyse greift auf act-info Daten zurück, wobei sich schnell die Grenzen dieses Datenmaterials zeigen, will man zu einer vertieften Analyse des Arbeitsthemas vorstossen. Gleichwohl ergeben sich aus den Trends und Momentaufnahmen bei Ein- und Austritt erste Anhaltspunkte, welche arbeitsintegrativen Bemühungen und Aktivierungsprogramme dienlich sein können. Um den Rückbezug auf die spezifische Situation der jeweiligen Einrichtung zu gewährleisten und die Interpretation zuverlässiger vornehmen zu können, hat sich das atf-Team vorgängig bei der jeweiligen Institution über die aktuellen Angebote und Bemühungen im Arbeitsbereich informiert.

ANGEBOTE DER FOREL KLINIK IM BEREICH «ARBEIT»

Das arbeitstherapeutische Angebot der Forel Klinik dient unter anderem dem Ziel, die PatientInnen entweder möglichst gut auf eine Arbeitstätigkeit nach dem Klinikaustritt vorzubereiten oder abzuklären, welche Beschäftigungsmöglichkeiten nach Austritt für sie am ehesten in Frage kommt.
Für arbeitslose PatientInnen, bei welchen ein Einstieg in den 1. Arbeitsmarkt vorgesehen ist, bietet die Forel Klinik einen Stellenbewerbungskurs an, welcher auf eine möglichst erfolgreiche Stellenbewerbung im aktuellen Arbeitsangebot fokussiert.
Zudem wurde im Jahre 2007 durch die Klinikleitung ein zusätzliches Arbeitsintegrationsprojekt erarbeitet, welches den ausgesteuerten und arbeitslosen PatientInnen zusätzliche Hilfestellung beim Einstieg in den Arbeitsprozess bietet. In einer Pilotphase wurde in Zusammenarbeit mit den Sozialämtern von zwei Partnerstädten versucht, einen möglichst lückenlosen Übergang der PatientInnen in die städtischen Integrationsprojekte nach Austritt zu gewährleisten.
Die Auswertung dieser Pilotphase hat gezeigt, dass bei Klinikaustritt die Gruppe der formal Arbeitslosen (mit RAV + ALV-Entschädigung) die grösste Gruppe darstellt. Eine weitere grosse Gruppe mit unklarer Tagesstruktur stellen die Rentner (IV und AHV) dar. Deshalb wurde 2008 beschlossen, das Projekt allgemeiner zu fassen und nebst Integration in den Arbeitsprozess auch Übergangbeschäftigungen im zweiten Arbeitsmarkt sowie alternative Möglichkeiten der Tagesstrukturierung vermehrt zu fördern.

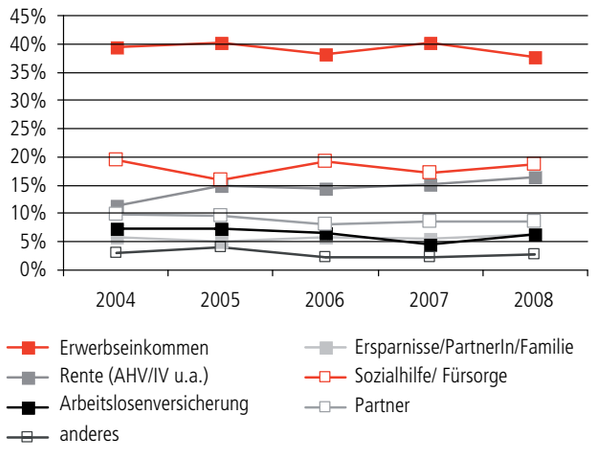
Auf diesem Hintergrund wurde das Projekt auch in «Tagesstruktur» umbenannt. Aufgrund der hohen Relevanz einer existenzsichernden bzw. sinnerfüllenden Beschäftigung für unsere Patientinnen wird der differenzierten Erhebung (u. a. mittels der act-info-Daten) und Beurteilung der Beschäftigungsentwicklung in den nächsten Jahren sicherlich eine hohe Bedeutung zukommen. Da derzeit sowohl der Arbeitsmarkt deutlichen Schwankungen unterworfen ist und die diversen klinikexternen und internen Unterstützungsmassnahmen fortlaufend Anpassungen durchlaufen, wird jedoch nur eine begrenzte Evaluation der Wirksamkeit dieser Massnahmen in der Forel Klinik möglich sein.

Arbeitssituation der PatientInnen – ausgewählte Trends und Fakten

LEBENSUNTERHALT 2004 BIS 2008

Eintritte pro Jahr

Die Übersicht über die Jahre 2004 bis 2008 zeigt, wodurch die PatientInnen ihren Lebensunterhalt in den 30 Tagen vor Klinikeintritt vorwiegend bestreiten.
Der relative Anteil an PatientInnen, die hauptsächlich von Erwerbseinkommen leben, ist zwar wie in den Jahren zuvor auch 2008 der grösste, erreicht aber diesjährig den tiefsten Wert der letzten Jahre (38%). Unverändert bestritten die PatientInnen auch im aktuellen Berichtsjahr etwas häufiger ihren Lebensunterhalt durch Leistungen von Sozialhilfe oder Fürsorge (etwa $^1/_5$ der PatientInnen) als durch Rente, Arbeitslosenversicherung, aus dem sozialen Umfeld oder aus anderen Quellen.

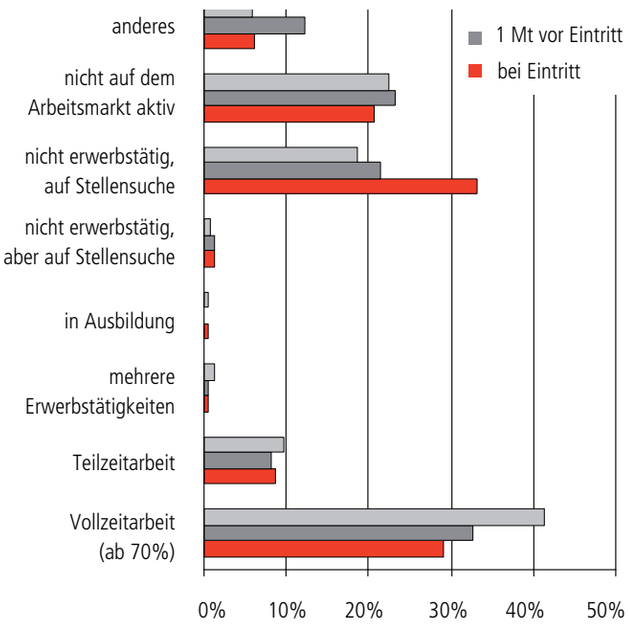


ERWERBSSTATUS

6 Monate vor Eintritt, 1 Monat vor Eintritt und bei Austritt

Austritte 2004–2008[3]

Der Anteil an PatientInnen mit Vollzeitarbeit sinkt zwischen dem Zeitraum von 6 Monaten vor Eintritt bis und mit Klinikaustritt. Dagegen nimmt der Anteil Stellensuchender deutlich zu. Die Detailanalyse zeigt, dass die Umverteilung primär von Vollzeitarbeit hin zu den Stellensuchenden erfolgt: 18.2% der Personen mit Vollzeitarbeit in den letzten Tagen vor Klinikeintritt sind beim Austritt auf Stellensuche. Ausgehend davon, dass der Arbeitsplatzverlust zeitlich vor dem Klinikeintritt angesiedelt ist, ist anzunehmen, dass nicht die stationäre Therapie per se zum Verlust der Arbeit führt – im Gegenteil. Während des Klinikaufenthaltes scheint wieder Gewicht auf der Wiederintegration am Arbeitsmarkt zu liegen, was der deutliche Anstieg Stellensuchender nahe legt.



[3] Für die Analyse Erwerbsstatus wurden die Angaben über die drei Zeitpunkte ein- und derselben Patientinnen verglichen. Entsprechend konnten nur vollständige Datenzeilen berücksichtigt werden. Um die Repräsentativität zu erhöhen wurden die Jahre 2004 bis 2008 gepoolt. Zwischen den Jahren bestehen keine statistisch signifikanten Verteilungsunterschiede.

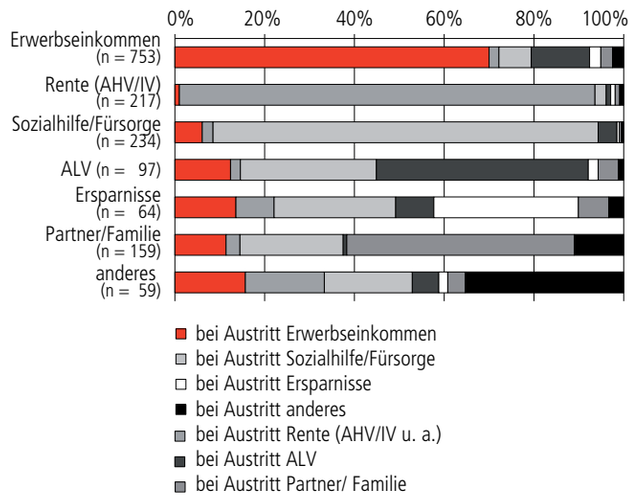
Zusatzmodul Arbeit

Forel Klinik

VERTEILUNG DES LEBENSUNTERHALTS BEI AUSTRITT AUFGETEILT NACH EINKOMMENSART IN DEN LETZTEN 6 MONATEN VOR KLINIKEINTRITT

Austritte 2004–2008[4]

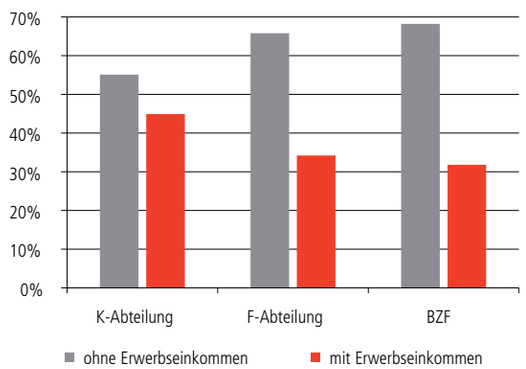
Beim Austritt bestreiten nur noch 70% der PatientInnen, welche 6 Monate vor Eintritt über Erwerbseinkommen verfügten (oberster Balken) ihren Lebensunterhalt weiterhin hauptsächlich durch Erwerbseinkommen. Andere Quellen treten hierbei in den Vordergrund, vor allem Einkünfte aus der Sozialhilfe resp. Fürsorge oder der Arbeitslosenversicherung. Ein Anteil von rund 3% ist hauptsächlich auf die Unterstützung Angehöriger angewiesen. Ebensoviel bestreitet den Lebensunterhalt durch Ersparnisse.
Vernachlässigbar gering ist die Umverteilung bezüglich Lebensunterhalt bei den eingetretenen Rentenberechtigten wie auch bei den PatientInnen, die in den 6 Monaten vor Klinikeintritt bereits von Sozialhilfe lebten. Nur einigen wenigen gelingt der Einstieg ins Erwerbsleben (unter 6%).
PatientInnen mit Berechtigung auf Arbeitslosenversicherungsgelder während der 6 Monate vor Eintritt sind zu 47% bei Austritt weiterhin (oder wieder?) bezugsberechtigt. 30% leben nach Klinkaufenthalt von der Sozialhilfe, 2% sind neu Renten berechtigt. Lediglich 12% können beim Austritt ihren Lebensunterhalt wieder durch Erwerbseinkommen bestreiten.
Eine starke Umverteilung ist verzeichnet bei jenen PatientInnen, die 6 Monate vor Klinikeintritt durch ihr **soziales Umfeld** finanziert wurden oder von ihren **Ersparnissen** lebten. Mehr als die Hälfte bezieht ihren Lebensunterhalt nun aus anderen Quellen, dabei sind doch über 10% nun erwerbstätig.



BEHANDLUNGSPROGRAMME

Austritte 2004–2008

In allen Abteilungen befinden sich deutlich mehr PatientInnen, die ihren Lebensunterhalt **nicht** hauptsächlich durch Erwerbstätigkeit bestreiten als solche, die erwerbstätig sind. Diese Zweiteilung fällt jedoch in der Kurzzeitabteilung (K) geringer aus als auf der Flexiblen Abteilung (F), wo der Anteil an Erwerbslosen doch bei 66% liegt.
Dies spiegelt einerseits die Indikationskriterien der verschiedenen Abteilungen wieder. Die Angebote der F-Abteilungen sowie der frauenspezifischen Abteilung sind eher auf Patienten mit höherer Beeinträchtigung des sozialen Integrationsgrades (Arbeits-, Wohn, Familiensituation) ausgerichtet. Anderseits verfügen weniger Frauen über ein Erwerbseinkommen als Männer (s. auch Abschnitt «Alter und Geschlecht»).



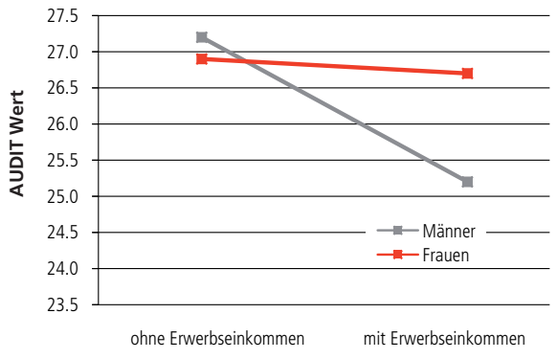
Erwerbseinkommen – Belastungen und persönliche Ressourcen

Erwerbseinkommen und Erwerbstätigkeit spiegeln nicht nur die finanzielle Situation der Patienten und Patientinnen, sondern sind mit einem darüber hinausgehenden Profil von Ressourcen aber auch Zusatzbelastungen verknüpft. Wie die folgenden Einzelindikatoren zeigen, verfügen erwerbstätige Personen in der Regel über ein höheres soziales Kapital als Erwerbslose.

AUDIT-WERTE

Austritte 2004–2008

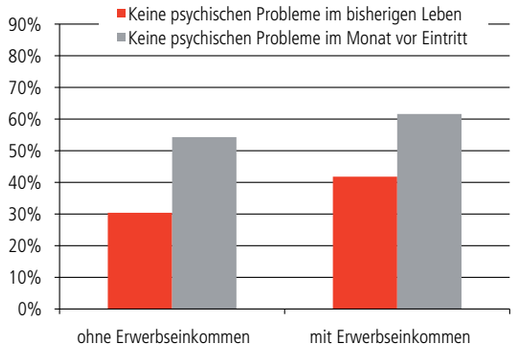
PatientInnen mit Erwerbseinkommen weisen im Schnitt leicht geringere AUDIT-Werte auf als solche ohne Erwerbseinkommen. Nach Geschlecht aufgetrennt ist erkennbar, dass dieser Unterschied für Männer wesentlich markanter ausfällt als für Frauen. Das heisst, die Alkoholabhängigkeit bei Männern erreicht einen deutlich höheren Schweregrad, sobald keine oder eine unzureichende Eingliederung am Arbeitsmarkt vorliegt.



PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Austritte 2004–2008

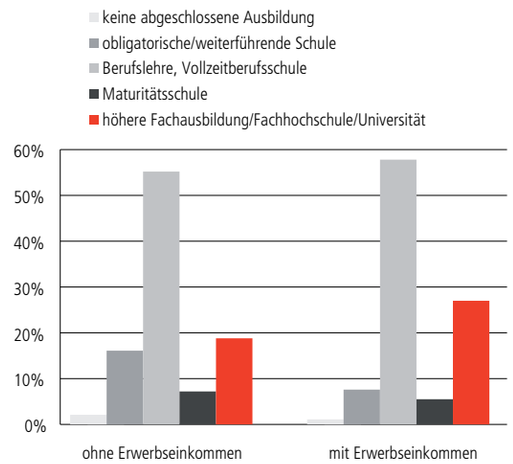
Auffällig ist, dass sich erwerbslose PatientInnen als psychisch belasteter erleben als erwerbstätige PatientInnen. Das kann natürlich auch damit zusammenhängen, dass einige PatientInnen gerade wegen ihrer psychischen Belastung erwerbslos sind (IV-Renten-Bezieher, etc.).
Im Monat vor Eintritt beschreiben sich 62% der PatientInnen mit Erwerbseinkommen als beschwerdefrei hinsichtlich psychischer Probleme. Bei PatientInnen ohne Erwerbseinkommen fällt die Quote etwas niedriger aus: 54%. Inwiefern Erwerbstätigkeit soziale Integration, Selbstwertgefühl und psychische Gesundheit positiv beeinflusst oder psychische Probleme zu Marginalisierung in der Arbeitswelt und Ausschluss führen, kann im Rahmen einer Querschnittsanalyse nicht geklärt werden. Ein gegenseitiger Verstärkungsprozess erfordert spezifische Massnahmen zur Durchbrechung dieser Dynamik



AUSBILDUNG

Austritte 2004–2008

Unabhängig vom Erwerbseinkommen weisen PatientInnen am häufigsten als höchsten Ausbildungsabschluss eine Berufslehre auf. Hierin unterscheiden sich die beiden Gruppen kaum: 58% erwerbstätige und 55% erwerbslose PatientInnen haben eine Lehre abgeschlossen.
PatientInnen mit Erwerbseinkommen verfügen aber öfter über einen Hochschulabschluss oder eine höhere Fachausbildung (27% vs. 19%) und sind in der Gruppe ohne eigentlichen Berufsabschluss seltener vertreten. Dieser Zusammenhang ist zu erwarten, werden doch Einkommen, Beruf und Berufsprestige sowie Ausbildung gemeinsam zur Erfassung des sozioökonomischen Status herangezogen.



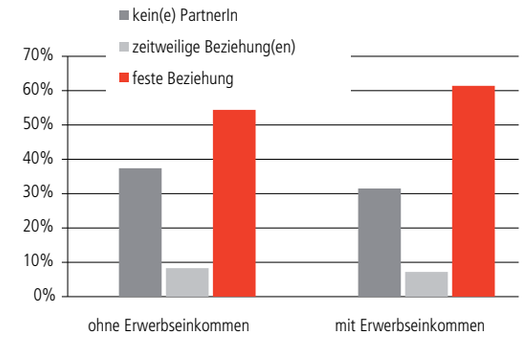
Zusatzmodul Arbeit

Forel Klinik

PARTNERSCHAFT

Austritte 2004–2008

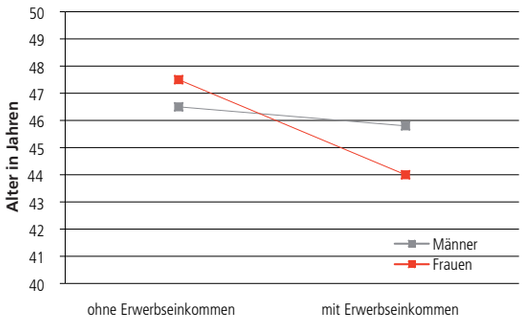
PatientInnen mit Erwerbseinkommen (61%) leben etwas häufiger in einer festen Beziehung im Vergleich zu PatientInnen ohne Erwerbseinkommen (54%) und können damit potentiell auf grössere soziale Unterstützung zurückgreifen als die Vergleichsgruppe. .



ALTER UND GESCHLECHT

Eintritte 2004–2008

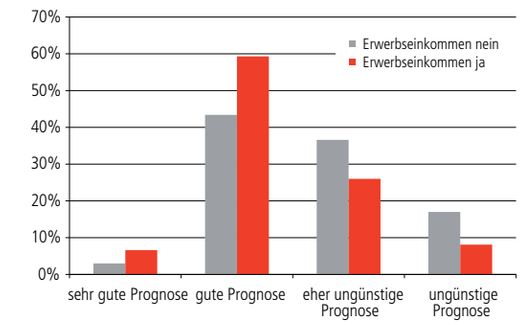
Patientinnen verfügen absolut wie auch relativ gesehen seltener über ein Erwerbseinkommen als die männlichen PatientInnen. Das sind 132 von 490 Frauen, verglichen mit 400 von 566 Männer). Zudem sind Frauen mit Erwerbseinkommen im Schnitt (44 Jahre) signifikant jünger als Frauen ohne Erwerbseinkommen (48 Jahre). Bei den Männern zeigt sich dieser Unterschied kaum (46 und 47 Jahre), was der jeweiligen Orientierung an traditionellen Geschlechtsrollen und entsprechenden Arbeitsteilungen entspricht. Der Ausfall der Erwerbstätigkeit dürfte bei Männern entsprechend konstantes Stresspotential aufweisen, welches bei Frauen nicht gleichermassen angelegt ist.



PROGNOSE

Austritte 2004–2008

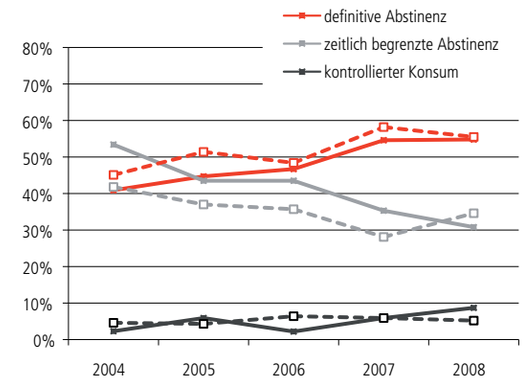
PatientInnen mit Erwerbseinkommen bei Austritt erhalten wahrscheinlicher eine gute (59%) oder gar sehr gute (7%) Prognose attestiert als solche ohne Erwerbseinkommen (43% bzw. 3%). Inwieweit Behandelnde bei ihrer prognostischen Beurteilung auf den Faktor Erwerbstätigkeit zurückgreifen, lässt sich anhand der act-info Daten nicht eindeutig beantworten. Da Erwerbseinkommen aber mit einer Reihe anderer Ressourcen in einem positiven Zusammenhang steht, liegt die Vermutung nahe, dass Erwerbstätigkeit direkt oder indirekt als protektiv angesehen wird. Ob dem tatsächlich so ist, kann letztlich nur mittels Katamnese überprüft werden



KONSUMZIEL 2004 BIS 2008

Austritte 2004–2008

Unabhängig vom Erwerbseinkommen ist die definitive Abstinenz als Konsumziel über die Zeit leicht angestiegen, wobei der jährliche Anteil bei PatientInnen ohne Einkommen (56% in 2008) jeweils etwas höher ausfällt als bei PatientInnen mit Einkommen (55% in 2008).
Spiegelbildlich zu Entwicklungen bezüglich der definitiven Abstinenz erweist sich das Ausmass hinsichtlich des Vorsatzes einer zeitlich begrenzten Abstinenz. Nicht nur, dass dieser seit 2004 stets gesunken ist, fällt er bei erwerbslosen PatientInnen (35% in 2008) mit Ausnahme vom aktuellen Berichtsjahr stets geringer aus als bei erwerbstätigen (31% in 2008).
Etwas abseits, und unter 10%, aber dennoch von steigender Tendenz, erweist sich der kontrollierte Konsum als ein Konsumziel von steigender Beliebtheit. Welche Erfahrungen mit Trinkplänen unterschiedlicher Art nach Austritt gemacht werden, kann eine Auswertung der act-info Daten leider nicht zeigen. Diese Frage kann nur eine Katamnese klären.



gestrichelte Linien = Patienten ohne Erwerbseinkommen bei Austritt
durchgezogene Linien = Patienten mit Erwerbseinkommen bei Austritt

atf alkoholismus
therapieforschung
schweiz

Eine Initiative der Forel Klinik
und der Klinik Südhang

Kontakt:
atf schweiz, Klinik Südhang, Südhang 1, 3038 Kirchlindach, info@suedhang.ch
atf schweiz, Forel Klinik, Islikonerstrasse 5, 8548 Ellikon an der Thur, info@forel-klinik.ch
info@atf-schweiz.ch