

Bilag til

Plan for tilbud til børn og unge, der har problemer med rusmidler- og pengespil

Bilag, kapitel 1

Det nuværende behandlingstilbud

Med "Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling", blev der i 2016 etableret et gratis nationalt tilbud til voksne med rusmiddel- og spilproblemer (4). Ved det nationale behandlingstilbud i Allorfik-centrene bruges der motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapeutisk metode ved ambulante behandling 1-3 gange om ugen i op til 17 uger. Som led i samme plan, bliver borgere med bopæl uden for byer med et Allorfik-center efter udbud behandlet af Katsorsaavik Nuuk efter Minnesota/CENAPS metoden i 6-8 uger som dagbehandling, enten i Nuuk eller lokalt. Efter behandlingen, tilbydes et 26 ugers efterbehandlingsforløb, der er fælles for alle behandlingstilbud.

I Grønland har der aldrig eksisteret et nationalt tilbud til gruppen under 18 år med rusmiddel- og spilproblemer. Der har dog været forskellige private behandlingsindsatser, indsatser i Familiecentre mv., men tilbudene har været sporadiske. De fleste tilbud har haft det primære formål at sikre, at de unge kommer væk fra rusmidlerne - navnligt gennem aktiviteter i naturen. Nogle har udgjort egentlig behandling efter Minnesota-metoden: Familiecentrene i nogle byer har fx udbudt "Teenage Power Programmet" og "Børn er også mennesker", som er tilbud for børn, der er vokset op med rusmiddelproblemer i hjemmet. Ingen af indsatserne er blevet evalueret og effekten er derfor ikke kendt.

Unge brug af behandlingssystemet

I det nuværende behandlingssystem behandles der også unge på trods af, at behandlingsindsatsen primært er målrettet voksne. I 2016 og 2017 blev efter sagsbehandling viderehenvist i alt 1.084 borgere til behandling, heraf i alt 51 unge op til 19 år (5 % af alle) og 137 unge i alderen 20-24 år (13 % af alle) (5) (Figur 1.1).

Kun 10 unge var under 18 år (1 ung på 15 år, 5 unge på 16 år og 4 på 17 år), mens 23 var 18 år og 19 var 19 år. Der er et overtal af kvinder, specielt i de yngre aldersgrupper. N=1033

	Andel af visiterede til behandling i 2016-2017	% af 15-19 årige	% af 20-24 årige	% af alle visiterede
Alkohol	Intet problem	20 %	15 %	12 %
	Storforbrug	24 %	20 %	21 %
	Skadeligt forbrug	10 %	13 %	14 %
	Afhængighed	46 %	52 %	53 %

Tabel 1.1 Alkoholproblemer ved visitation til behandling i 2016-2017

Hvis man ser på, hvor belastede de unge var ift. problemer med alkohol (Tabel 2.1) er dette målt med AUDIT skalaen, som er udarbejdet for WHO. Kun 29 af de 177, der havde svaret, havde ikke et alkoholproblem (storforbrug, skadeligt forbrug eller afhængighed). En lidt større andel af de unge ikke havde problemer med alkohol i forhold til alle visiterede, og lidt færre af 15-19 årige ikke havde egentlig afhængighed i forhold til alle visiterede.

N=997	Andel af visiterede til behandling i 2016-2017	% af 15-19 årige	% af 20-24 årige	% af alle visiterede
Hash	Ryger ikke hash	18 %	30 %	39 %
	Højst 1 gang/måned	20 %	10 %	12 %
	1-4 gange om måneden	4 %	16 %	11 %
	Oftere end en gang om ugen	57 %	44 %	38 %

Tabel 1.2 Hashproblemer ved visitation til behandling i 2016-2017

Af 168 unge under 25 år havde 113 et hashforbrug. Kun 18 % af de helt unge og 30 % af de 20-24 årige ryger ikke hash mod 39 % af alle visiterede, mens 57 % af de 15-19 årige og 44 % af de 20-24 årige hash oftere end 1 gang om ugen mod 38 % af alle visiterede. N=955

	Andel af visiterede til behandling i 2016-2017	% af 15-19 årige	% af 20-24 årige	% af alle visiterede
Pengespil	Intet problem	86 %	83 %	80 %
	Problemspiller	9 %	3 %	6 %
	Afhængig af spil	4 %	14 %	14 %

Tabel 1.3 Problemer med pengespil ved visitation til behandling i 2016-2017

Der blev visiteret i alt 26 unge i 2016 og 2017, som enten var problemspillere eller afhængige af spil. Fleste visiterede 15-19 årige unge var problemspillere, mens kun knap 4 % var egentlig afhængige af spil. Blandt de 20-24 årige er det samme andel af unge, der er afhængige af spil ved visitationen, som blandt alle visiterede.

Af alle visiterede er det 65 %, der kun har et alkoholproblem, mens 47 % af de 15-19 årige og 61 % af 20-24 årige, udelukkende har et alkoholproblem.

Andelen, som udelukkende har et hashproblem, er størst blandt de 15-19 årige, hvor dette gælder 53 %, mens det hos de 20-24 årige er 40 % og generelt for alle visiterede er 35 %.

Bilag kapitel 2, Lokale interessenters synspunkter

Statistik kan ikke stå alene her. Mange personer landet over kommer i berøring med rusmiddelproblemer blandt unge i dagligdagen og har særlig viden om situationen, der hvor de er, fx på uddannelsesinstitutioner, socialforvaltninger, døgninstitutioner el. lign. Allorfik foretog ud fra en spørgeguide (Tabel 2.1) en landsdækkende vidensindsamling med 35 repræsentanter fra fx skoler, uddannelsesinstitutioner, familiecentre, Majoriaq, sundhedssektoren og kommunale myndigheder fordelt over de største byer i landets kommuner. De mønstre, som tegnede sig i interviewmaterialet, blev løbende diskuteret med de lokale informanter. Disse lokale perspektiver udgør en bærende del af fundamentet for denne plan.

1. Kort om dig (informanten)?
2. Hvor mange børn og unge har I kontakt med/har I sager på/ tror du har et misbrugsproblem, som kræver behandling?
3. Hvilke andre behov ser du omkring rusmidler og et tilbud til børn/unge?
4. Hvilke andre problemer opfatter du hænger sammen med unges brug af rusmidler?
5. Hvad opfatter du, at behandlingstilbuddet skal omfatte?
6. Hvor skal behandlingen udføres?

7.	Hvad med børn og unge fra bygderne, hvordan kan der sikres ophold til dem under behandlingen?
8.	Hvad kan din organisation bidrage med til at skabe det gode alternativ til rusmidler for unge, når de skal skrue ned for rusmiddelforbruget?
9.	Noget du vil tilføje?
10.	Hvem synes du ellers, at vi skal tale med?

Tabel 2.1 Overordnede interviewspørgsmål

Svar fra interviewundersøgelsen

Resultaterne er her opsummeret under fire temaer:

Omfang af problemet

Informanter fra samtlige kommuner vurderede rusmiddelproblemet som værende et stort lokalt problem i målgruppen og de fleste angav et stort lokalt behandlingsbehov. Ingen ønskede dog at sætte præcise tal på andelen med et behandlingsbehov, men to ledere af Majoriaq anslog, at ca. 9-20 % af deres unge havde et rusmiddelproblem. Generelt blev hash opfattet som værende særligt problematisk. En informant fortalte fx om et mærkbart uroligt skifte i stemningen blandt de unge i byen, når markedet var tømt for hash. Fra flere kommuner, blev der rapporteret om åbenlys hashhandel og mange interviewpersoner kunne udpege de lokale steder, hvor salg og brug af rusmidler åbenlyst foregik. Hash blev opfattet som et problem i alle aldersgrupper og sociale lag, men nogle informanter rapporterede, at hashproblemet var størst blandt unge mænd med lav socioøkonomisk status og andre samtidige problemer.

Andre udfordringer i målgruppens liv end rusmiddelproblemer

Der var konsensus om, at det egentlig er udfordringer uden om rusmiddelbrugen, der udgør problemets kerne. Alle angav en vigtig forbindelse mellem rusmiddelproblemer og en *negativ social arv*. I denne sammenhæng, nævntes særligt omsorgssvigt, fraværende forældre og andre rusmiddelbrugere i hjemmet som væsentlige faktorer, der syntes at gå igen blandt rusmiddelbrugende unge. Tungtvejende *stressfaktorer* i barnet eller den unges liv blev ofte set optræde sammen med rusmiddelproblemer: Uddannelsesfrafald, arbejdsløshed, hjemløshed, mobning, oplevet meningsløshed i tilværelsen m.m. Informanter så ofte, at unge så anvendte rusmidler som en form for selvmedicinering til at nedregulere ubehaget ved en vanskelig livssituation. Informanter fra næsten alle kommuner opfattede *problematiske normer* som et væsentligt bidrag til problemerne. Normer, der havde sammenhæng med marginalisering, fx blev der rapporteret om unge, der ved siden af brugen af stoffer begik hærværk og indbrud. Enkelte informanter oplevede også en opgivende "accept" af de nuværende forhold lokalt, samt problematiske normer i de små lokalsamfund om ikke at "sladre".

Egen organisations rolle i at skabe alternativer til rusmidler

Her pegede informanterne ofte på initiativer, som de selv havde stået for og opfattede fungerede godt, men spørgsmålet om deres egen organisations rolle i at skabe gode alternativer til rusmidlerne blev ofte mødt med en vis usikkerhed. Interessenterne kendte ikke altid til mulighederne i det eksisterende behandlingstilbud inden for rusmiddelområdet. Mange informanter fremhævede forløb, kurser og trivselsfremmende forebyggende indsatser i kommunerne, indsatser i familiecentre og Majoriaq. Ligeledes var der bredt kendskab til AA-møder. I et par kommuner, omtaltes desuden naturekskursioner og familiehøjskoleophold væk fra vante rammer som eksempler på andre indsatser.

Informanter i flere kommuner angav gode resultater ved at lade socialrådgivere, ungerådgivere, forebyggelseskonsulenter, familiebehandlere, kontaktpersoner og lign. spille en opsøgende rolle også uden for skoletiden - om aftenen og i weekenden. Opsøgende medarbejdere tilbød primært oplysning og anden generel forebyggelse, samt evt. mindre intensive samtaleforløb.

Det blev angivet, at forebyggende programmer såsom Robusthedsprojektet havde været en succes, også ud over børnemålgruppen. Flere steder var der set gode resultater ved at prioritere trivselsfremmende indsatser i form af bedre fritidsmuligheder (sport, musik, m.m.) samt fx filmaftener planlagt af ungerådgivere som alternative aktiviteter til brugen af rusmidler. Flere skoler og uddannelsesinstitutioner havde succes med at tilbyde fællesspisning og gratis morgenmad, for at give en ramme om positivt socialt samvær samt sikre mulighed for koncentration om dagens opgaver.

I alle kommuner, rapporterede informanter imidlertid om problematiske forhold ved arbejdsrammerne for nuværende indsatser. De mest gennemgående var: Underbemanding, underkvalificeret arbejdskraft, manglende kommunikation mellem relevante instanser, mangler i det tværfaglige samarbejde samt logistiske problemer med rejse rundt og at implementere indsatser lokalt.

Ønsker til den fremtidige indsats

Som det fremgår af Tabel 2.1, var langt størstedelen af interviewspørgsmålene fremtidsorienterede og ment som oplæg til, at informanterne kunne overveje deres professionelle ønsker til en indsats. Et bedre tilbud til målgruppen blev fundet at ligge informanterne meget på sinde. Da de *grundlæggende arbejdsrammer* for nuværende indsatser ofte blev problematiseret af informanterne, nævntes ofte fremtidsønsker om opkvalificering af og generelt mere personale. Der blev navnligt spurgt efter flere sagsbehandlere samt generelt flere socialfaglige specialister, der også kunne fungere som rollemodeller (forebyggelseskonsulenter, pædagoger, socialrådgivere mv.) tilknyttet uddannelsesinstitutioner, kollegier og bygger.

Informanter landet over vurderede, at det vil være gavnligt at opprioritere *den tidlige forebyggelse* af misbrugsproblemer. Bedre oplysning om rusmidler generelt var langt det mest gennemgående forslag – Skolerne efterspurgte her navnligt materiale, som direkte kunne bruges i undervisningen. Derudover blev der talt for et øget fokus på at skabe positive aktivitetsmuligheder og muligheder for personlig støtte i børn og unges hverdag. I de fleste kommuner var der ønsker/planer om at forbedre mulighederne for fritidsaktiviteter og samvær uden rusmidler - det være sig sport, musik el. andet. Flere informanter overvejede desuden mulighederne for at uddanne unge eller voksne nøglepersoner/rollemodeller, der kunne fungere som beskyttende faktorer i barnet eller den unges liv på uddannelsesinstitutionerne, i arbejdsformidlingen mv.

Herudover blev der peget på ønsker om *forbedringer på uddannelsesområdet*, som med det formål at øge barnet eller den unges chancer for at gennemføre forløbet: Generelle opgraderinger af rammerne på institutionerne, øget kommunalt samarbejde med efterskolerne, øget fokus på at opruste to- eller tresprogetheden for at mindske frafald mv.

Informanterne gav udtryk for et ønske om et større fokus på såkaldte *fremskudte indsatser*: Flere informanter efterspurgte flere indsatser i byggerne, herunder alderssvarende væresteder til børn og unge og ønske om behandlingsmuligheder. Mange så muligheder for at nå målgruppen bedre ved at skabe lettere tilgængelig hjælp – fx ved åbne rådgivninger eller opsøgende teams. Enkelte informanter gav også udtryk for et ønske om øget fokus på indsatser eftermiddag og aften, hvor de unges brug af rusmidler som regel er mest udtalt. Informanter fra de fleste kommuner delte forskellige overvejelser om selve *indholdet af fremtidige indsatser*. På det overordnede niveau efterspurgte informanterne lokale indsatser, som tog fat på problemerne uden om selve rusmiddelforbruget (se afsnit 2.1.2). Mange informanter fandt, at børn og unges overvindelse af et misbrugsproblem står og falder med forhold i deres sociale netværk og udtrykte ønske om en betydelig større

inddragelse af det sociale netværks ressourcer i indsatsen i alt fra forebyggelse til efterbehandling: Familien, vennerne, lokalsamfundet mv. Samtidigt blev det foreslået af enkelte, at man i fremtiden med fordel kunne prioritere at styrke relevante personlige kompetencer hos barnet eller den unge: Sociale færdigheder, emotionsregulering, selvstændighed mv. Dette navnligt gennem forebyggende programmer såsom Robusthedsprojektet (nu kaldet Thinkinuk) og Projekt PAS (undervisningsprogram for de store klasser). Omkring *anerkendelse af den unges indsats* foreslog andre informanter, at man med fordel kunne prøve at skabe en anerkendelsesbaseret kultur ift. børn og unge, der tager skridt for at komme ud af deres problemer (gulerod), i stedet for at bruge løftede pegefingre (pisk), der indbyder til trods.

Der blev fra flere informanter også efterspurgt et større fokus på at fastholde den positive udvikling hos barnet eller den unge gennem *udfasningen af behandlingen* efter hjemkomst fra behandling. Dette på grund af en betydelig risiko for tilbagefald ved manglende opfølgning. De talte dermed for et større fokus på efterbehandling.

Bilag kapitel 3: Behandlingsbehov, valg af metoder og forventninger til behandlingsindsatsen

Forskellige rusmiddel- og spilproblemer overlapper ofte hos den enkelte. At lave et tilbud som omfatter behandlingen af både hash og alkohol giver derfor i høj grad mening. For pengespil gør der sig imidlertid særlige udfordringer gældende.

3.1 Hvor mange unge kan forventes at have et behandlingsbehov?

Der er ingen undersøgelser af behandlingsbehovet i aldersgruppen 15-24 år, derfor er behandlingsbehovet her estimeret.

Der er pr. d. 1. januar 2018 i alt 7.913 unge i alderen 15-24 år i Grønland. Heraf bor ca. 60 % af unge i landets største byer, 26 % i øvrige byer og 14 % i bygderne (9) Alder	15-24 år			
	I alt	Største by	Mindre byer	Bygder
Kommune Kujalleq	982	508	363	111
Kommuneqarfik Sermersooq	3.075	2.324	587	164
Qeqqata Kommunua	1.368	835	362	171
Qeqertalik Kommunua	1.026	570	323	133
Avannaata Kommunua	1.462	537	398	479
	7.913	60 %	26 %	14 %

Tabel 3.1 Antal unge i Grønland pr. d. 1. januar 2018.

Det kan ud fra data i HBS undersøgelsen fra 2014 og Befolkningsundersøgelsen fra 2014 beregnes, at omkring 27 % af unge i aldersgruppen 15-24 år har et potentielt skadeligt alkoholforbrug og at 19 % af 15-24 årige bruger hash regelmæssigt (7, 10). For forekomsten af problematisk spilleadfærd i løbet af livet ligger estimatet her på 17 %.

Nogle livsomstændigheder udgør risikofaktorer for rusmiddelproblemer uden at forårsage dem direkte. Estimerer på forekomsten blandt unge af de 10 vigtigste risikofaktorer ses i tabel 3.2.

Risikofaktor	Antal børn opvokset i hjem med indkomst på under 25 % af medianindkomsten) (12)	Arbejdsløshed i over 6 måneder, 18-24 år (9)	Vold eller trusler om vold fra forældre (13)	Oplevet seksuelle overgreb som barn (13)	15-17 årige udsat for mobning mindst 2 gange om måneden (7)	Psykisk sårbarhed i alderen 18-24 år (10)	Flere ængstelige/depressive symptomer, 15-17 år (13)	Selv-mords forsøg – livsforekomst (10, 13)	Børn og unge anbragt uden for hjemmet (14)	Et eller flere rusmiddelproblemer i familien, 15-17 år (13)
Kvinder:	Ikke opdelt på køn	117	1090	759	105	1581	294	686	-	630
Mænd:	Ikke opdelt på køn	130	708	211	104	1018	94	422	-	416
I alt:	1698	247	1798	970	209	2599	388	1108	642	1046

Tabel 3.2 Estimeret forekomst af risikofaktorer for grønlandske unge (15-24 år).

Minimumsskøn for behandlingsbehovet: Bruges viden om behandlingskrævende rusmiddelproblemer hos 15-24 årige danske unge (4,64 % for alkohol og 4,34 % for andre rusmidler - korrigeret for forskelle i køn, alder, etnicitet og familieindkomst) kan det beregnes, at 711 grønlandske unge (15-24 år) har et behandlingskrævende rusmiddelproblem (367 har et alkoholproblem og 344 unge et andet rusmiddelproblem).

Maksimumsskøn for behandlingsbehovet: Da forekomsten af de 10 risikofaktorer i Tabel 3.2 gennemsnitligt er 3,78 gange højere i Grønland end i Danmark, er estimatet lavt sat, selvom forholdet mellem risikofaktorerne i de to lande varierer bredt ($\sigma = 3,04$) og for fx fattigdom kan være svære at sammenligne. Med et skøn om, at to ud af tre unge udsat for risikofaktorer har/får et rusmiddelproblem vil i alt 1.792 unge (15-24 år) have et behandlingskrævende rusmiddelproblem. Der vil dog også være unge der har rusmiddel eller spilproblemer uden at have en af disse risikofaktorer. Anvendes i stedet procenttal for den estimerede andel af behandlingskrævende unge i USA, giver dette et estimat på 995 unge – et antal, som ligger et sted mellem det lave og høje estimat baserede på danske procenttal (711-1.792 unge).

Andelen, der vil søge behandling er vanskeligt at give et bud på, og antallet vil naturligt ændre sig ved en evt. ændring af behandlingstilbuddet og etablering af opsøgende virksomhed. Tal for behandlinger i dag uden et særligt tilbud (se afsnit 1.3) tyder på, at en større andel af unge her i landet søger behandling. I alt 188 unge blev henvist til behandling i år 2016 og 2017 i Grønland (afsnit 1.3). Ud fra estimerne ovenfor, svarer dette til, at 10-26 % af unge med et behandlingsbehov har søgt behandling. I det danske studie søgte ca. 13 % med behandlingskrævende problemer behandling og i USA var estimatet 7 % (15, 16).

Evidens - hvad virker ved problemer med rusmidler?

Internationalt findes der et omfattende udbud af litteratur om behandlingstilbud til aldersgruppen 15-25 år med alkohol- eller hashproblemer. Evidensen for tilbuddene har fx været opsummeret i kliniske retningslinjer (17, 18) samt i flere metaanalyser (19-22).

Behandlingsvarighed

De fleste undersøgelser finder, at unge har behov for mindst 3 måneders behandling, for at den har effekt på deres afhængighedsproblematik. Det vides ikke sikkert, hvilken varighed af behandlingen, der er optimal for unge. I forskellige undersøgelser varierer behandlingslængden fra få uger til mange måneder eller år. En behandlingslængde på under 1 måned eller hvor antallet af samtaler er under 5 har vist sig ikke at virke, og det er vurderet, at de fleste har behov for mindst 3 måneders behandling, for at den har effekt på deres afhængighedsproblematik.

Behandlingsintensiteten

Mere er ikke altid bedre. Behandlingernes intensitet spænder fra døgnprogrammer til ambulante forløb en eller få gange ugentligt af halve eller hele timers varighed. Højere intensitet øger ikke nødvendigvis behandlingseffekten. Det vigtigste er matchningen af intensitet og behov. Det er fundet, at ambulante behandling kan være meget effektiv og ofte med fordel kan tilbydes unge med mindre alvorlig afhængighed, støttende omgivelser og få psykiske problemer. Men der er også evidens for, at unge med sværere afhængighed og problemer med fordel kan behandles ambulante. Døgnbehandling er meget ressourcekrævende og bruges overvejende til unge med svære afhængighedsproblemer.

Hvilken metode skal man vælge?

Metodemæssigt har mange forskellige psykosociale metoder med fokus på den enkelte unge været brugt. Ingen behandlingsmetode har i sig selv vist sig at være de andre klart overlegen, når det gjaldt effekten på unge med afhængighedsproblemer. Dette hænger formentlig sammen med, at en virksom behandlingsindsats indebærer en bredde i indsatser og faglighed, som muliggør helhedsorienterede og fleksible forløb tilpasset klienternes individuelle behov. **Kognitiv adfærdsterapi (KAT)** er den mest almindelige. Det er en struktureret form for samtalerapi, som kan anvendes både individuelt og i grupper, ambulante eller i døgnbehandling. Ved at fokusere på sammenhængen mellem følelser, tanker og handlinger, støtter behandleren klienten i at aflære uhensigtsmæssig adfærd og lære mere hensigtsmæssige strategier og handlemønstre. KAT kombineres ofte med **Motiverende samtale (Motivational Interviewing, MI)**, som er strukturerede samtaler, der skal styrke den unges motivation for at indgå i behandling. Også **A-CRA (Community Reinforcement Approach for unge)** anbefales. Det er en intervention, som nedsætter rusmiddelforbruget ved at understøtte erstatningen af rusmiddelbruget med sunde interesser og tilbyder oplæring i problemløsning, kommunikation mv. CRA anses hos voksne som en effektiv tilgang ved behandling blandt oprindelige folkeslag. Også en struktureret rådgivning, der tager udgangspunkt i **12-trinsprogrammet**, har dog vist resultater. Herudover har været brug af andre mindre udbredte individuelle metoder, men pga. begrænset forskning i disse, kendes deres effekt ikke. **Familieterapeutiske metoder** vinder større og større indpas. Der tilbydes en lang række af familieterapeutiske behandlingsformer med lidt forskelligt terapeutisk udgangspunkt. Familiebaserede behandlinger adresserer en bred vifte af problemer som supplement til rusmiddelproblemet, som fx kommunikation og konflikter i familien, andre adfærdsmæssige og psykiske problemer, problemer i skole og arbejdsliv

og i kammeratgrupper. Familierapi gives ofte ambulant, men har også vist sig effektivt i mere intensive forløb.

Ingen af behandlingsmetoderne har vist sig at være de andre klart overlegen, når det gjaldt effekten på unge med afhængighedsproblemer. Dette hænger formentlig sammen med, at en virksom behandlingsindsats indebærer en bredde i indsatser og faglighed, som muliggør helhedsorienterede og fleksible forløb tilpasset klienternes individuelle behov.

Inddragelse af pårørende

Inddragelse af den unges familie er en del af den helhedsorienterede indsats. Familien er vigtig som støtte til den unge under og efter behandlingen, men også fx skolen, venner og andre relevante personer kan med den unges accept være relevante at inddrage i samarbejdet omkring behandlingen.

Unge med hashproblemer tillægger både behandlerne og de unge forældre inddragelse stor betydning ift. behandlingsudbyttet (25)

Evidens - hvad virker ved problemer med pengespil?

Der er langt mindre forskning i, hvad der virker hos unge ved behandling af problemer med pengespil end med rusmidler. Kun få under 18 år søger behandling for problemer med pengespil (31). En litteraturoversigt fandt, at der ved spilproblemer var bedst evidens for kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtale og mindre evidens for andre metoder der er ikke evidens for positiv virkning af Minnesotas 12-trinsprogram på spilproblemer. Langtidseffekten af den kognitive behandlingsform er mindre belyst, da kun meget få studier har fulgt op på behandlingseffekten over mere end 12 måneder (32).

Brugen af forskellige typer af medicinsk behandling har også været evalueret ved problemspil, fx medicin mod depression (33). Der er ingen studier, som klart påviser effekt af medicinsk behandling, hvis borgeren ikke også har en lidelse, der normalt behandles med disse lægemidler. Under alle omstændigheder anbefales det, at der sideløbende med medicinsk behandling gives psykosocial behandling (34, 35).

Hvad kan vi forvente af behandlingsindsatsen?

I Grønland er det systematisk fundet, at rusmiddelproblemer er ulige fordelt i befolkningen. Samfundsgrupper med få socioøkonomiske ressourcer udgør den største andel af misbrugere. Dette uafhængigt af, om de er arbejdsløse, sociale klienter, under kriminalforsorg, hjemløse, børn i døgn- og handicapinstitutioner, kvinder i krisecentre, akut henvendende til sundhedsvæsenet eller er gravide familier med særlige behov. Der er også blandt både unge og voksne tegn på, at problemet er flyttet fra de større byer til andre byer og bygder, samt at misbruget blandt socioøkonomisk stærke grupper bliver mindre (36).

En effektiv rusmiddelbehandling skal ikke kun hjælpe den unge til at stoppe med eller få kontrol over rusmidlerne på kortere og længere sigt. Effektiv behandling tager udgangspunkt i hele den unges situation og skal tilpasses den unges behov (18). Indsatsen skal også hjælpe den unge til at kunne bidrage positivt i familien, på en uddannelse eller på arbejde og i samfundet. Problemer med rusmidler kræver derfor ofte langvarig eller gentagen behandling, der ikke kun rettes mod rusmidlerne, men også mod den unges mangeartede andre behov: Medicinske, psykologiske, sociale, faglige og eventuelt juridiske. Både behandlere og unge med problemer med hash angav, at en væsentlig faktor for et positivt behandlingsudbytte har været, at de unge lærte at erstatte deres trang til rusmidler med noget andet eller tage strategier i brug for at undgå at blive fristet til at tage rusmidler (25).

Hvor mange har gavn af behandlingen?

Der er fundet betydelig variation i andelen, som gennemfører en behandling. En del af variationen skyldes tilbuddenes karakter, behandlingens længde etc. En undersøgelse fandt i forbindelse med den samme behandlingsmetode, at 50 % af de unge var stoffri 9 måneder efter indskrivning i hashbehandling, hvis de havde fået belønning ved stoffrihed, påmindelser og modtaget efterbehandling - dette mod 33 % i de øvrige behandlingsgrupper. Selvom langt fra alle unge bliver rusmiddelfri, ses generelt nedsat forbrug af rusmidler og bedring af de unges sociale situation, som fx bedre forhold til forældre og venner, større andel i uddannelse eller arbejde efter behandling.

Socialstyrelsen i Danmark afprøvede og implementerede i seks kommuner tre lovende ambulante behandlingsmodeller for unge under 18 år med rusmiddelproblemer, primært med hash. Her var fundet, at 40-42 % blev færdigbehandlet ved individuelle metoder og 79 % ved behandling indirekte gennem de unges forældre (40).¹

Litteratur

(1) Forslag til Inatsisartutbeslutning om at Naalakkersuisut pålægges senest EM2018 at udarbejde en plan for særlige behandlingstilbud for børn og unge brugere af hash under 18 år.

https://inatsisartut.gl/dvd/FM2017/pdf/media/2528073/pkt185_fm2017_bf33_inuusuttuaqqat_ikiaroorntoq_bekr_inuit_ataqatigiit_da.pdf

(2) Forslag til Inatsisartutbeslutning om at Naalakkersuisut pålægges senest EM2018 at udarbejde en plan for særlige behandlingstilbud for børn og unge brugere af hash under 18 år. Naalakkersuisuts Svarnotat.

https://inatsisartut.gl/dvd/FM2017/pdf/media/2530216/pkt185_fm2017_bf33_inuusuttuaqqat_ikiaroorntoq_sn_1beh_da.pdf

(3) Betænkning afgivet af Familie- og Sundhedsudvalget vedrørende Forslag til Inatsisartutbeslutning om at Naalakkersuisut pålægges senest EM2018 at udarbejde en plan for særlige behandlingstilbud for børn og unge brugere af hash under 18 år. https://inatsisartut.gl/dvd/FM2017/pdf/media/2530989/pkt185_fm2017_behandlingstilbud_bet_2beh_da.pdf

(4) Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling. Departementet for Sundhed, FM 2015.

http://www.allorfik.gl/~media/Allorfik/Dokumenter/DK_PDF_DOK%201_Forslag_til%20Fremtidens_misbrugsbehandling_DK%20DOK1945242.pdf?la=da

(5) Allorfik's årsrapport 2016-2017. www.allorfik.gl.

(6) Liese Reche. Bruce K. Alexander og 'Rat Park'. STOF 2010; 15: 86-88.

<http://www.stofbladet.dk/6storage/586/51/stof15.rev.86-88.pdf>

(7) Niclasen B. V. Trivsel og sundhed blandt folkeskoleelever i Grønland - resultater fra skolebørnsundersøgelsen HBSC Greenland i 2014. SIF's Grønlandstidsskrifter nr.27. København: Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet; 2015

(8) MIO. Børnetalsmandens rejserapport Qeqqata Kommunian, 2017. http://mio.gl/wp-content/uploads/2017/04/2017_10_Qeqqata_dk_web.pdf

(9) Grønlands Statistikbank. <http://bank.stat.gl/pxweb/da/Greenland/>

(10) Dahl-Pedersen I. K. et al. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2014. SIF's Grønlandstidsskrifter nr.28. København: Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet; 2016

De tre modeller var MST-SA (Multisystemic Therapy – Substance Abuse) (udviklet i USA – hvor de unge behandles her gennem forældrene), U-turn (Udviklet i København Kommune, direkte behandling af de unge i alderen 15-25 år) og U18 (Udviklet i Århus, direkte behandling af de unge under 18 år).

- (11) Fridberg T. & Birkelund J. F. Pengespil blandt unge i Danmark, 2007-2016. https://pure.sfi.dk/ws/files/638980/1635_Pengespil_blandt_unge_i_Danmark_2007_2016.pdf
- (12) MIO, Ingen børn skal vokse op i fattigdom, 2013. http://www.sif-folkesundhed.dk/upload/ingen_b%C3%B8rn_skal_vokse_op_i_fattigdom_dansk.pdf
- (13) Pedersen, C. E. & Bjerregaard, P. Det svære ungdomsliv. Unges trivsel i Grønland 2011 - En undersøgelse om de ældste folkeskoleelever. SIF's Grønlandstidsskrifter nr. 24. København: Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet; 2012
- (14) Rapport Afdækning Handleplaner Anbragte Børn og Unge, 2014. <http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanoq/Files/Publications/Familie/DK/Rapport%20Afd%C3%A6kning%20Handleplaner%20Anbragte%20B%C3%B8rn%20og%20Unge.pdf>
- (15) Pedersen M. U. & Frederiksen K. 2012, Unge der misbruger rusmidler. Center for Rusmiddelforskning. https://pure.au.dk/ws/files/52649019/Unge_der_misbruger_rusmidler.pdf
- (16) Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2016/NSDUH-FFR1-2016.pdf>
- (17) NICE. 2008. Drug misuse. Psychosocial interventions. National Clinical Practice Guideline Number 51. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231359_EN_UK02_psychosocial_interventions.pdf
- (18) NIDA. Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide. https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf
- (19) Gates P. J. et al. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016; (5): CD005336. DOI: 10.1002/14651858.CD005336.pub4.
- (20) Das J. K. et al. Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. Journal of Adolescent Health 2016; 59(4):61-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.021>
- (21) Folkehelseinstituttet. 2016. Forskning om effekt av rusbehandling for unge som har rusproblemer eller samtidig rusproblem og psykiske plager/psykisk lidelse. Systematisk litteratursøk med sortering. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rapport_rus_psykisk_unge_littsok.pdf
- (22) Tanner-Smith EE. The Comparative Effectiveness of Outpatient Treatment for Adolescent Substance Abuse: A Meta-Analysis. J. Subst. Abuse Treat 2013 February; 44(2): 145–158. doi:10.1016/j.jsat.2012.05.006.
- (23) Canadian Centre on Substance Abuse. Competencies for Canada's Substance Abuse Workforce. SECTION VII. Technical Competencies Report. <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Workforce-Technical-Competencies-Report-2014-en.pdf>
- (24) Canadian Centre on Substance Abuse. Competencies for Canada's Substance Abuse Workforce. SECTION I. Behavioral Competencies Report. <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Workforce-Behavioural-Competencies-Report-2014-en.pdf>
- (25) Pedersen M. U. et al. 2017. Behandling af unge der misbruger stoffer. En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt. Center for Rusmiddelforskning. http://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2017/Behandling_af_unge_der_misbruger_stoffer._En_undersogelse_af_4_behandlingsmetoders_effekt_CRF2017.pdf
- (26) Hesse M. et al. Case management for persons with substance use disorders. Cochrane Database of systematic reviews 2007 Oct 17; (4): CD006265.
- (27) Vind L. 2012. PAV - Projekt Andre Valg erfaringsopsamling. En kvantitativ og kvalitativ erfaringsopsamling. Socialstyrelsen. <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/pav-projekt-andre-valg-erfaringsopsamling/@@download/publication>
- (28) Projekt Over Muren. STOF 2009; 14: 52-55. www.stofbladet.dk/6storage/586/51/stof14.52-55.pdf
- (29) Projektplan – Projekt Over Muren. <http://docplayer.dk/1308757-Projektplan-projekt-over-muren.html>
- (30) Thylstrup B. God social misbrugsbehandling - hvad virker og hvad kan der gøres. Center for Rusmiddelforskning. https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_60775/cf_202/God_social_misbrugsbehandling.PDF
- (31) Gupta R. & Derevensky J. L. Adolescents with Gambling Problems: From Research to Treatment. Journal of Gambling Studies 2000; 16(2/3): 315-342.

- (32) Cowlshaw S. et al. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; (11): CD008937. DOI: 10.1002/14651858.CD008937.pub2.
- (33) Anderson C. et al. Pharmacological interventions for the treatment of pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; (1): CD008936. DOI: 10.1002/14651858.CD008936.
- (34) Toneatto T. & Ladouceur R. Treatment of Pathological Gambling: A Critical Review of the Literature. *Osychology of Addictive Behaviours* 2003; 17(4): 284-292. DOI: 10.1037/0893-164X.17.4.284
- (35) Rizeanu S.. 2014. The efficacy of cognitive-behavioral intervention in pathological gambling treatment. *Social and Behavioural Sciences* 2014; 127: 626-630. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.324>
- (36) Misbrugsbehandling behov og samfundsmæssige gevinster - Departementet for Sundhed og Infrastruktur 2014. http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanoq/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/Misbrugsbehandling/Redegoerelse_Misbrugsbehandling.PDF
- (37) Williams R. J., Chang S. Y., & ACARG. A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *Clinical Psychology: Science & Practise* 2000; (7): 138-166.
- (38) Lauridsen M. & Nyboe, J.. 2013. Evaluering: Projekt anonym ambulant stofmis-brugsbehandling. Socialstyrelsen. http://viden.sl.dk/media/7933/pas_pdf1.pdf
- (39) Pedersen M. U. & Pedersen M. M. Effekten af hashbehandling. Center for Rusmiddelforskning. http://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2013/2_Effekten_af_hashbehandling.pdf
- (40) Termansen T. & Pejtersen J. H. Misbrugsbehandling til unge – En evaluering af tre behandlingsmodeller. *CEPRA-Striben* 2016; 19: 48-55. DOI: <https://doi.org/10.17896/UCN.cepra.n19.155>
- (41) Brown S. A., Ramo D.E. Clinical course of youth following treatment for alcohol and drug problems. I: Liddle H., Rowe C., red.. *Treating Adolescent Substance Abuse: State of the Science*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2006.
- (42) Waldron H. B. & Turner C. W. Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2008 Jan; 37(1):238-61. DOI: 10.1080/15374410701820133.
- (43) The 1995 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_1995_ESPAD_report.pdf
- (44) Kristjansson, A.L. Population trends in smoking, alcohol use, and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014. *Addiction* 2016; 111: 645-652.
- (46) Sigfúsdóttir I. D. et al. Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. *Health Promot. Int.* 2009 Mar; 24(1):16-25. DOI: 10.1093/heapro/dan038
- (46) Milkman, H. and Wanberg, K. *Pathways to Self-Discovery and Change: Criminal Conduct and Substance Abuse Treatment for Adolescents - Provider's Guide and Participant's Workbook*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. 2012.
- (47) Milkman, H. Better than Dope. *Psychology Today*, March 2001. <https://www.psychologytoday.com/us/articles/200103/better-dope>
- (48) Milkman H., Wanberg, K, Robinson, C. *Project Self-Discovery: Artistic Alternatives for High Risk Youth*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons. 1996.
- (49) Youth in Europe. <http://youthineurope.org>
- (50) National indsatsplan mod hash. 2016. http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanoq/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/National_indsatsplan_mod_hash/Forslag%20til%20national%20indsatsplan%20mod%20hash_DK.pdf
- (51) Handleplan for alkoholområdet i Grønland 2013-2019. http://www.peqqik.gl/~media/Files/Puljer/Handleplan_for_alkoholomraadet_DK_2013_2019.ashx?la=da-DK
- (52) Inuuneritta II. http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanoq/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/Inuuneritta/Inuuneritta_II_grl_small.pdf
- (53) Kammagita – Fri for mobberi. <http://www.kammagiitta.gl/fl/>

- (54) Thinkinuk. <http://thinkinuk.com>
- (55) Niclasen B. & Schnohr C. Has the curve been broken? Trends between 1994 and 2006 in smoking and alcohol use among Greenlandic school children. *Int. J. Circumpolar Health*. 2008 Sep; 67(4):299-307. DOI: <https://doi.org/10.3402/ijch.v67i4.18344>
- (56) Projekt PAS. <http://projektpas.dk/>
- (57) NIDA. Understanding Drug Abuse and Addiction: What Science Says. https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/1921-understanding-drug-abuse-and-addiction-what-science-says_1.pdf
- (58) Evaluering af et integreret behandlingsforløb for gravide familier med rusmiddelproblemer. <http://www.allorfik.gl/~media/Allorfik/Dokumenter/Evaluering%20af%20et%20integreret%20behandlingsforl%C3%B8b%20for%20gravide%20familier%20med%20rusmiddelproblemer.pdf?la=da>
- (59) Departementet for Sundhed. Omkostninger til misbrug i Grønland. Departementet for Sundhed, 2015. http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanoq/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/Omkostninger_til_misbrug_2015/DK%20Omkostninger%20til%20misbrug%202311.pdf
- (60) Politiet i Grønland – Årsstatistik 2012. <https://www.politi.dk/NR/rdonlyres/B5F47095-C056-4015-AADD-6076CADD0B1D/0/%C3%85rsstatistik2012gl.pdf>
- (61) Møller J., Kofod K. H. & Orbe D. Foranalyse - Mulighed for U-turn-inspirerede indsatser i Grønland. København: Socialforvaltningen; 2017.
- (62) DeWit D. J., Adlaf E. M., Offord D. R., Ogborne A. C. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157(5): 745-50. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.5.745
- (63) Childhood and Adolescent Pathways to Substance Use Disorders. Canadian Centre on Substance Abuse 2014. <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Child-Adolescent-Substance-Use-Disorders-Report-2014-en.pdf>
- (64) Larsen, C. V. L. Gambling and public health in Greenland – a large indigenous population in transition. 2014. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/afhandling_tryk_marts2014.pdf
- (65) Udesen S. E. J. & Lenskjold T. Erhvervsorienteret projektforsøg - hos Allorfik, Departementet for Sundhed i Grønland. (Intern Rapport). 2017
- (65) Forebyggelsespakke: Stoffer. SST 2018. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~media/3F9BED-DFCE104F4184594D996DA31BD4.ashx>
- (66) Alexander B. *The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*. Oxford: Oxford University Press. 2008.
- (67) Danmarks Statistikbank. <https://www.statistikbanken.dk>
- (68) Juul J. S. Rekordmange børn er under fattigdomsgrænsen. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd 2018. https://www.ae.dk/sites/www.ae.dk/files/dokumenter/analyse/ae_rekordmange-boern-under-fattigdomsgraensen.pdf
- (69) Bjørsted E., & Overvad A. C. Andelen af langtidsledige unge i Danmark er blandt de laveste i EU. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd 2015. https://www.ae.dk/sites/www.ae.dk/files/dokumenter/analyse/ae_andelen-af-langtidsledige-unge-i-danmark-er-blandt-de-laveste-i-eu.pdf
- (70) Oldrup H. et al. Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016. SFI. https://pure.sfi.dk/ws/files/748603/1616_Vold_og_seksuelle_overgreb_mod_boern_og_unge.pdf
- (71) Rasmussen M., Pedersen, T. P., & Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2014. SIF. <http://www.hbsc.dk/download/HBSC-Rapport-2014.pdf>
- (72) Christensen A. I et al. Mental sundhed blandt unge - Resultater fra Ungdomsprofilen 2014. SIF. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/elektronisk_version_af_mental_sundhed_blandt_unge.pdf
- (73) Ottosen M. H. et al. Børn og unge i Danmark – Velfærd og Trivsel 2014. SFI. https://pure.sfi.dk/ws/files/209173/1430_Boern_og_unge.pdf
- (74) SFI. Anbragte børn i Danmark - nøgletal og oversigt. <https://www.sfi.dk/temaer/anbragte-boern/>
- (75) Kristiansen L. et al. Alkohol i Danmark - Voksnes alkoholvaner og holdning til alkoholpolitik 2008. SIF. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/alkohol_i_danmark_2008.pdf