



Forslag til national plan for fremtidens misbrugs- behandling

Departementet for Sundhed, FM 2015



Indholdsfortegnelse

Forord	3
1. Resume	4
2. Baggrund for arbejdet	10
2.1. Redegørelsens hovedfund	10
3. Forebyggelse	13
3.1. Lovgivning med tæt relation til misbrugsområdet	13
3.2. Plan	14
4. Misbrugsbehandling – evidens og ”best practise”	15
4.1. Kortlægning og diagnostisk udredning af misbruget forud for planlægning af behandlingstilbuddet	16
4.2. Psykosociale behandlingsformer	17
4.3. Selvhjælpsgrupper	19
4.4. Selvhjælpsmateriale	19
4.5. Afrusning og abstinensbehandling ved alkoholmisbrug	19
4.6. Farmakologisk (medicinsk) behandling ved alkoholmisbrug	20
4.7. Efterforløb	20
4.8. Misbrugsbehandling ud fra et brugerperspektiv	20
4.9. Matchning mellem misbruger og tilbud	21
4.10. Behandlerens betydning for effekten af behandlingen	22
4.11. Organisation af behandlingen	22
4.12. Effekt af uddannelse og ledelse	23
5. Det nuværende behandlingstilbud og det forventede behandlingsbehov	24
5.1. Det nuværende behandlingstilbud	24
5.2. Brug af tilbuddet om medicinsk behandling	24
5.3. Brug af behandlingstilbuddet i Katsorsaavik Nuuk	24
5.4. Det forventede behandlingsbehov	26
6. Elementer og faser i det fremtidige misbrugsbehandlingstilbud	28
6.1. Det typiske forløb ved misbrugsbehandling	28
6.2. Behandlingsmodellen og dens trin	30
6.3. Informationsindsatsen	31
6.4. Indgangen til behandlingssystemet - gennem MisbrugsNøglePersoner	31
6.5. Henvisning til behandling	31
6.6. Misbrugscentre – visitation og behandling	32
6.7. Behandlingstilbuddet	33

6.8 Dagtilbuddets indhold	33
6.9. Afrusning og abstinensbehandling samt farmakologisk understøttende behandling ved alkoholmisbrug	34
6.10. Tilbud til særlige grupper	34
6.10.1. Børn, unge	34
6.10.2. Svært psykisk syge misbrugere.....	35
6.10.3. Dagtilbud i kombination med pædagogisk intervention.....	35
6.11. Efterforløb, selvhjælpsgrupper og andre kommunale eller private tilbud	35
6.11.1 Efterforløb	35
6.11.2. Selvhjælps- og støttegrupper	36
6.11.3. Yderligere kommunale tilbud	36
6.12. Videnscenter for Misbrug.....	36
6.12.1. Organisationen omkring Videnscenter for Misbrug.....	38
6.13. Den Nationale Misbrugsdatabase	38
6.14 Implementering	38
6.14.1 Forventede implementerings risici.....	38
6.15. Plan for elementer i behandlingstilbuddet	39
7. Uddannelsesindsatsen.....	42
7.1. Uddannelsen sammensætning	42
7.2. Uddannelse af MisbrugsNøglePersoner	42
7.3. Grunduddannelse for misbrugskonsulenter	43
7.4. Overbygning på grunduddannelsen	43
7.5. Yderligere overbygninger på misbrugskonsulentuddannelsen	44
7.6. Supervision	44
7.7. Integration af MisbrugsNøglePersonuddannelsen i bacheloruddannelserne	44
7.8. Plan for gennemførelse og videreførelse af uddannelsesindsatsen	44
7.10. Plan for uddannelsesindsatsen.....	45
8. Tidsplan og økonomi	46
8.1. Potentielle gevinster ved mindre misbrug	46
8.1.1 Misbrugere modtager 3 gange flere kommunale ydelser	46
8.2 Hvad bruger vi i dag på misbrugsbehandling	46
8.3. Tidsplan for modellen omkring gratis misbrugsbehandling	47
8.4. Økonomiske behov ved implementering af vederlagsfri misbrugsbehandling.....	49
8.5. Afsluttende bemærkninger	52
9. Litteratur.....	53

Forord

Naalakkersuisut blev i efteråret 2013 pålagt, at *fremlægge en plan for fremtidens misbrugsbehandlings-tilbud på EM 2014, således at disse kan implementeres i FFL2015*. På grund af valget i efteråret 2014 er fremlæggelsen af planen blevet udskudt ½ år.

”Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling” beskriver et integreret og forskningsbaseret behandlingstilbud for alkohol- og hashmisbrug samt ludomani. Planen er en naturlig forlængelse af redegørelsen ”Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster”, som blev omdelt ved FM 2014.

Redegørelsen viste tydeligt, at det samfundsøkonomisk kan betale sig at satse på misbrugsbehandling. Misbrug koster samfundet dyrt i form af omsorgssvigt, anbringelser af børn, førtidspension, sociale ydelser, manglende opfyldelse af uddannelses- og arbejdspotentialer, tabt arbejdsfortjeneste, vold, kriminalitet og ulykker.

Overordnet dækker ”Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling” koalitionsaftalens mål om, at misbrugere skal behandles gratis og er dermed med til at skabe et Grønland med lige vilkår for behandling, uafhængigt af sygdommens karakter.

Denne plan skal ses i tæt sammenhæng med Naalakkersuisuts arbejde med en førtidspensionsreform og arbejdet med en beskæftigelsesreform og specielt indsatsen overfor at få arbejdsløse i matchgruppe 2 og 3 inkluderet på arbejdsmarkedet. Planen er ligeledes en vigtig brik i forhold til at nå Naalakkersuisuts mål i koalitionsaftalen om, at familier, der har behov for hjælp også får den, at mindske arbejdsløsheden og at vort land bliver selvforsynet med veluddannet arbejdskraft.

Planen skaber en vifte af tilbud tilpasset den enkelte misbruger. Det betyder, at vi i fremtiden kan give et mere fleksibelt behandlingstilbud til misbrugere. Et tilbud der inddrager forløbet efter endt behandling og som ved behov er koordineret med tilbud fra sundhedsvæsenet eller den lokale kommune. For hvis misbrugsbehandlingen skal være en succes, kræver det samarbejde på tværs af Selvstyret og kommunerne. Denne plan vil i løbet af 2016 blive suppleret af en plan for familiebehandling og misbrugsbehandling for børn og unge.

Planen implementeres gradvis med start i en kommune, da en så stor ændring i tilbuddet nødvendigvis må evalueres inden det gøres landsdækkende. Det kan få betydning for den økonomi, der skal afsættes.

Planen er forelagt som et forslag, da den endnu ikke finansieret. Naalakkersuisut vil inddrage forslaget i de kommende forhandlinger om finanslov 2016. Det vil derfor være nødvendigt, at foretage en prioritering til i forhold til andre forslag, ligesom eksisterende midler og puljer, der i dag går til misbrugsbehandling eller kunne gøre det skal kunne indgå i finansieringen af planen.

Det er vigtigt at huske, at hele samfundet får gavn af, at flere hjælpes ud af deres misbrug. Det er derfor mit håb, at alle samfundsområder vil være med til at dække de ekstra omkostninger, der er forbundet med planen. For som påvist kommer de flerfold igen.

Jeg håber, at planen vil blive vel modtaget.

Martha Lund Olsen

1. Resume

Inatsisartut pålagde i efteråret 2013 Naalakkersuisut at: *Naalakkersuisut pålægges at udarbejde en analyse af behovet for misbrugsbehandling og en analyse af de samfundsmæssige gevinster ved at indføre et vederlagsfrit misbrugsbehandlingstilbud til FM 2014, og at Naalakkersuisut fremlægger en plan for fremtidens misbrugsbehandlingstilbud på EM 2014, således at disse kan implementeres i FFL2015.*

Første del af arbejdet er afsluttet med redegørelsen "Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster", mens denne plan beskriver et forslag til fremtidens misbrugsbehandlingstilbud.

Målet med planen er, at misbrugsproblemer identificeres tidligst muligt og at misbrugeren og de pårørende hurtigt får hjælp. Samfundet er afhængigt af:

- At vi kan bryde den negative sociale arv
- At behandlingseffekten efter misbrugsbehandling kan fastholdes
- At tidligere misbrugere kommer i arbejde og/eller får en uddannelse, så de bidrager til udviklingen af vores samfund – praktisk som økonomisk.

Planen tidsramme

Indsatsen er meget intensiv i planens første år med oprettelsen af Videnscenter for Misbrug, en betydelig uddannelsesindsats og oprettelse af Misbrugscentre i alle kommuner i løbet af planens første 3 år. Herefter er planens år 4 primært et drifts år, hvorefter den samlede indsats evalueres i slutningen af planens 5. år. Det forventes, at behovet for misbrugsbehandling er størst indenfor de første 5 år og at det herefter falder, hvorfor behovet fra planens 6. år er mindre, således at misbrugscentre vil kunne reduceres i personale og måske i antal mod en større rejsehedsaktivitet fra de øvrige centre og fra Videnscenter for Misbrug.

Arbejdet forud for planen

Planen bygger bl.a. på redegørelsen "Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster" som Naalakkersuisut fremlagde ved FM 2014. Redegørelsen fokuserede på de væsentligste misbrugsområder: alkohol, hash og spilafhængighed (ludomani) og på, hvem der har et misbrug, misbrugets konsekvenser, behovet for misbrugsbehandling og samfundsøkonomiske konsekvenser af misbruget. Sammenfattende viste redegørelsen, *at der er store gevinster ved en målrettet indsats, der kan nedbringe rusmiddelmisbruget i Grønland. Der er både store samfundsmæssige gevinstpotentialer og individuelle potentialer i form af vundne leveår, forbedring af helbredsstatus og livskvalitet samt at bryde den sociale arv og mindske den sociale ulighed i sundhed* (se Kapitel 2).

Da de økonomiske beregninger i "Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster" for de flestes vedkommende havde baggrund i tal fra udlandet, herunder Danmark arbejdes i foråret 2015 på, så vidt det er muligt, at beskrive de økonomiske konsekvenser ud fra grønlandske data, således at beslutningsgrundlaget for de fremtidige indsatser bedres.

Forebyggelsesindsatsen

Forebyggelse af misbrug er vigtig. Denne indsats er et fokusområde i Inuuneritta. På alkoholområdet er allerede igangsat en handlingsplan, mens dette endnu ikke er tilfældet for hash og ludomani. På lovgivningsområdet planlagt en revision af alkohollovgivningen. Denne plan lægger herudover op til udarbejdelse af lovgivning på misbrugsområdet, en revision af færdselsloven og af afgiftssystemet. Revisionen af færdselsloven skal medføre et klar regelsæt omkring kørsel med stoffer i blodet, der påvirker evnen til at føre motorkøretøj. For afgiftsstrukturen ønskes, at alkoholaftgifterne skal følge prisudviklingen. I planen foreslås, at:

- Forebyggelsen på alkoholområdet fortsættes ud fra ”Handlingsplan for alkoholområdet i Grønland 2013-2019
- Der udarbejdes en handlingsplan for hash i 2014/15 og for ludomani i 2015
- Revision af alkohollovgivningen, der inkluderer relevante elementer af WHO’s anbefalinger fremsættes til EM 2015 eller snarest herefter
- En lovgivning på misbrugsområdet og dele af de underliggende regelsæt fremsættes til EM 2016 eller snarest herefter.
- Revision af den grønlandske færdselslov med indførelse af screening for hash og andre bevidsthedsudvidende stoffer og 0-tolerance for hash anbefales med henblik på forventet fremlæggelse i Folketinget i 2016 eller 2017
- Som led i en kommende reform af afgiftssystemet foreslås det blandt andet, at alkoholafgifterne kommer til at følge den almindelige prisudvikling (Kapitel 3).

Det nuværende tilbud og behandlingsbehovet

Det nuværende behandlingstilbud dækker for omfang eller kompleksitet ikke behovet og der er grupper fx børn, unge og psykisk syge, som i dag ikke kan gives et behandlingstilbud, fordi det ikke har været prioriteret. Der er stigende søgning til misbrugsbehandling. I alt blev i 2013 behandlet 271 mod 182 året før. Misbrugere i behandling har ofte et langvarigt misbrug og mange er blandingsmisbrugere. Langt de fleste er selv opvokset med misbrug og har familiemedlemmer med misbrug. Den negative sociale arv videreføres, idet mange i behandling har børn i hjemmet og anbragte børn (Kapitel 5).

Det fremtidige behandlingstilbud

Behandlingssystemet skal dække de forskellige alders- og målgruppers forskellige behandlingsbehov og skal indeholde *vejledning, oplysning, motivering, visitation, ambulante behandlingsforløb, dagbehandlingstilbud og tilbud til særlige grupper*. Med etablering af et vederlagsfrit tilbud forventes stor søgning til behandling. Ved suboptimal kapacitet prioriteres familier til behandling indtil planen er fuldt implementeret.

Videnscenter for Misbrug er rygraden i behandlingssystemet og er ansvarlig for at koordinere behandlingen og for vejledning, information, supervision og uddannelse, samt er central for systematisk indsamling af data, og monitorering og evaluering af indsatsens effekt. Opsporing, motivation og henvisning til behandling skal ske ved MisbrugsNøglePersoner både i kommuner og i sundhedsvæsenet, mens visitation sker i Misbrugscentre og behandling i centrene eller i dagtilbud, som vi kender det i dag. Der oprettes et misbrugscenter i hver kommune bemandet med Misbrugskonsulenter.

Ved alkoholmisbrug kan behandlingen starte med en afrusning og abstinensbehandling i sundhedsvæsenet. Der gives en tid hos MisbrugsNøglePerson til en såkaldt ‘kortlægningssamtale’, som omfatter især 7 hovedområder: Fysisk helbred, arbejdsmæssig fungeren, alkoholmisbrug, stofmisbrug, kriminalitet, social/familiemæssig fungeren og psykisk helbred. Såfremt der er problemer, vurderes alvorlighedsgraden og behandlingsbehovet og kommunen og/eller sundhedsvæsenet udarbejder en handlingsplan. Herudover skal inden henvisning foreligge en plan for efterforløbet. Visitationen til behandlingstilbuddet foretages på baggrund af kortlægningssamtalen.

Behandlingsindsatsen er som for anden sundhedsbehandling organiseret ud fra en ”stepped care model” (en trinvis model), hvor behandlingen altid er den mindst indgribende, der er virkningsfuld – og gives så tæt på borgerens hjem som muligt. Indsatsen er evidensbaseret og er skrevet ud fra den nuværende forskningsbaserede viden om, hvad der virker (Kapitel 4). De behandlingstrin, der etableres er:

1. Information om tilbuddet,
2. Selvhjælpsmateriale – til storbrugere,
3. Motiveret samtale – til alle misbrugere før behandling og nogle misbrugere som et eneste tilbud,

4. Ambulant behandling eller korte forløb af 1 uges varighed med rejsehold lokalt i byer – for socialt velfungerende misbrugere, hvor trin 3 ikke var nok og for sværere misbrugere, der ønsker dette,
5. Dagbehandlingstilbud lokalt og regionalt ved rejsehold eller i Nuuk – for misbrugere med mere komplicerede behov og brug for professionel støtte under behandlingen,
6. Dagtilbud i kombination med socialt/pædagogisk tilbud – for fx gravide misbrugere opvokset i en misbrugsfamilie med brug for pædagogisk og anden professionel støtte under behandlingen,
7. Specialtilrettelagte tilbud til børn, unge og psykisk syge.

I dag eksisterer trin 1,2,3,4 og 7 ikke, men skal oprettes. Trin 5 svarer til det nuværende tilbud i Katsorsaavik Nuuk og trin 6 findes i dag som et pilotprojekt i sundhedsvæsenet. Videnscenter for Misbrug eksisterer heller ikke i dag.

I planen foreslås (Kapitel 6):

Samarbejde med kommuner og sundhedsvæsen

For at opnå den maksimale behandlingssucces er integrationen mellem behandlingsindsatsen og den sociale og sundhedsmæssige indsats yderst nødvendig.

- Forpligtende samarbejdsaftaler med kommunerne skal forhandles med aftale om blandt andet fælles mål og afstemte indsatser mellem parterne
- Forpligtende samarbejdsaftaler med sundhedsvæsenet skal forhandles

Oplysning om behandling og behandlingsmuligheder

Oplysning om rusmidler generelt varetages af Paarisa. Oplysningsindsatsen under planen skal være omkring:

- Behandlingsmuligheder
- At misbrug er udbredt og ikke forbeholdt socialt udsatte
- Deltagelse i behandling er et sundhedstegn
- Behandling af misbruget nytter
- "Tassa" telefonlinje om misbrug og misbrugsbehandling oprettes alle hverdage i dagtiden til Videnscenter for Misbrug

Multidimensional misbrugskortlægning

Kortlægningen er nødvendig for at få et samlet overblik over misbrugerens behandlingsbehov

- Alle misbrugere skal have udført multidimensional misbrugskortlægning med et valideret instrument før henvisning til behandling.

Struktureret efterforløb

Efterforløb med skabelse af nye netværk og understøttelse af behandlingseffekten må opfattes som en del af behandlingsforløbet. Tilbuddet skal være struktureret og tilrettelægges efter brugerens behov og kan være fx AA andre grupper eller forløb i det lokale familiecenter eller lignende.

- Kommunerne udarbejder retningslinjer for og tilrettelægger strukturerede efterforløb i samarbejde med Videnscenter for Misbrug
- Alle misbrugere skal have lavet en plan for et struktureret efterforløb. Denne plan skal foreligge inden henvisning til misbrugsbehandling

Handlingsplaner

- Alle misbrugere med behov skal have udarbejdet en social handlingsplan, der mindst dækker områderne afdækket ved misbrugskortlægningen. Vejledning for handleplanerne udarbejdes af

kommunerne i samarbejde med Videnscenter for Misbrug. Den kommunale handlingsplan skal foreligge inden henvisning til misbrugsbehandling

- Alle misbrugere med behov for sundhedsmæssige udredning og behandling, der relaterer sig til misbruget eller som har betydning for behandlingen, skal have lavet en udrednings- og behandlingsplan. Denne plan skal foreligge inden henvisning til misbrugsbehandling.
- Retningslinjer for henvisning af misbrugere til sundhedsbehandling, der tager hensyn til behovet for akut behandling, udarbejdes af Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.
- Retningslinjer for behandling følger sundhedsvæsenets retningslinjer for området

Selvhjælpsmateriale

Selvhjælpsmateriale kan brugt rigtigt have positiv effekt på misbruget, specielt hos velfungerende misbrugere.

- Departementet for Sundhed skal i regi af Paarisa udarbejde selvhjælpsmateriale omkring misbrug af alkohol, hash og spil.

Behandlingstilbud

- Der skal i regi af Videnscenter for Misbrug udarbejdes klare visitationskriterier til de forskellige behandlingsstrin
- Pilotprojektet for familier i "Tidlig Indsats" med børn skal fortsætte. Det kræver tværsektorielt samarbejde, omkring struktur og økonomi. Der skal nedsætte en arbejdsgruppe om dette.
- Øvrige planer på behandlingsområdet, der skal implementeres, er beskrevet i kapitel 6.

Afrusning og abstinensbehandling ved alkoholmisbrug systematiseres

- Sundhedsvæsenet skal sikre opdaterede retningslinjer for afrusning og abstinensbehandling.
- Sundhedsvæsenet reviderer løbende vejledning om abstinensbehandling og gør den tilgængelig på intranettet
- Abstinensscoringssystem (Gossip) afprøves og tages i brug for ambulante patienter
- Abstinensscoringssystem (WSA) afprøves og tages i brug for indlagte patienter
- Der udvælges og tages et scoringssystem for abstinenser ved hashmisbrug i brug.

Farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling specielt i kombination med psykosocial behandling øger den samlede behandlingseffekt. Den farmakologiske behandling styrkes gennem:

- Sundhedsvæsenet skal udarbejde retningslinjer for brug af farmakologisk understøttende behandling ved alkoholmisbrug
- Brugen af farmakologisk behandling indrapporteres til og overvåges i det Nationale Misbrugsregister
- Der oprettes en central konto til farmakologisk behandling med Acamprosat og opoidhæmmere.

Selvhjælpsgrupper

- Oprettelse af selvhjælpsgrupper med eller uden behandler i kommunalt regi skal styrkes, fx med basis i familiecentrene.
- Misbrugere skal gives viden om øvrige selvhjælpsgrupper i NGO regi, som fx AA

Videnscenter for misbrug

- Der oprettes et Videnscenter for Misbrug med egen bestyrelse
- Videnscenter for Misbrug har følgende opgaver:
 1. Koordinere af den nationale indsats, 2. Varetage den Nationale Misbrugsdatabase, 3. Overvåge

- og evaluere misbrugsindsatsen, 4. Sikre at behandlingen sker ud fra nyeste viden og "best practise", 5. Ansvar for uddannelse og kompetencer, 6. Udarbejde visitationskriterier og øverst ansvarlig for visitation, 7. Øverst ansvarlige for information og formidling omkring misbrugsbehandling, 8. Godkende og overvåge private behandlingstilbud, 9. Øverst ansvarlige for supervision af behandlere, 10. Udvikle tilbud til grupper der i dag ikke har tilbud om misbrugsbehandling, 11. Øverste organ for tværsektoriel koordinering og samarbejde, 12. Medvirke til offentlig- private partnerskaber på misbrugsområdet, 13. Udarbejde samarbejdsaftaler.
- Videnscenter for Misbrug skal repræsenteres i Alkohol- og Narkotikarådet.
 - Videnscentret skal i 2015 deltage i og senere overtage forhandlingerne med private udbydere

Den Nationale misbrugsdatabase

- Der oprettes en National Misbrugsdatabase.

Implementering

- Planen udrulles gradvis gennem 1) at starte i en pilotkommune/-region og 2) evalueres inden videreudrulning

Uddannelsesindsatsen

En større uddannelsesindsats er afgørende for realiseringen af planen. Uddannelsesindsats har 2 niveauer: 1: Uddannelse af MisbrugsNøglePersoner og 2. Uddannelse af misbrugskonsulenter. Uddannelsen bygger på Sundhedsstyrelsens uddannelse for alkoholbehandlere tilrettet til den grønlandske kontekst og udvides til også at omfatte misbrug af hash og spil. Uddannelserne starter i planens 1. år med uddannelse af 20 Misbrugsnøglepersoner og 15-20 misbrugskonsulenter. Uddannelsen omfatter 3 forløb (se afsnit 7.1). MisbrugsNøglePerson-erne skal gennemgå forløb 1, mens grunduddannelsen af Misbrugskonsulenter omfatter alle 3 forløb. Herudover skal misbrugskonsulenterne videreuddannes i kognitiv terapi og på sigt have en terapeutisk overbygning eller en supervisorsuddannelse

For uddannelse foreslås (Kapitel 7):

- I planens 1. år uddannes 1 hold MisbrugsNøglePersoner af 20 deltagere fra pilotkommunen og fra sundhedsregionen
- I planens 1. og 2. år uddannes et hold misbrugskonsulenter på 15-20 deltagere til misbrugscentre/ fra private tilbud
- Planens 2. og 3. år uddannes MisbrugsNøglePersoner til øvrige kommuner og regioner, 3 hold, herefter tilbydes uddannelsen hvert 2. -3. år ved behov
- Tidligt i planens 3. år fortsættes videreuddannelsen af Misbrugskonsulenterne indenfor kognitiv terapi
- Øvrige uddannelsesindsatser for misbrugskonsulenter planlægges individuelt
- Fra I planens 4. eller 5. år forventes MisbrugsNøglepersonUddannelsen at indgå i curriculum på bacheloruddannelserne
- Funktionstillæg som MisbrugsNøglePerson og misbrugskonsulent skal forhandles under relevante overenskomster

Økonomi

Det kan samfundsøkonomisk betale sig at satse på misbrugsbehandling. De samlede omkostninger bare til alkoholrelaterede lidelser anslås i andre vestlige lande at udgøre mellem 1 og 6 % af BNP, svarende i Grønland til en udgift på mellem 152 og 827 mio. kr. årligt.

Det realiserede forbrug i 2014 på konto 34.11.05 (Alkoholcentre) og Børne-og ungestrategien var knap 9,9 mio. kr. Herudover afsættes fra Inuuneritta 0,5 mio. kr. og til uddannelse 4,4 mio. kr. Sundhedsvæsenet har herudover brugt knap 0,8 mio. kr. årligt frem til nu til pilotprojektet om familiebehandling, men der skal sikres midler for at kunne opretholde projektet fra medio 2015 og frem til et andet tilbud er etableret formentlig i 2016. Kommunerne købte behandlinger for knap 3,8 mio. kr. Hertil kommer at enkelte kommuner bruger private misbrugsbehandlingstilbud, som det ikke har været muligt at værdifastsætte.

Planen implementeres gradvis med start i en kommune, da en så stor ændring i tilbuddet nødvendigvis må evalueres inden det gøres landsdækkende. Det kan få betydning for den økonomi, der skal afsættes.

Budgettet (se tabel 8.2 for detaljer) for denne plan er på nuværende tidspunkt følgende:

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
Videnscenter for Misbrug	4.230	4.110	4.060	4.060	4.060
National Misbrugsdatabase	300	300	200	200	200
Bestyrelsen	110	110	110	110	110
Samarbejdsaftaler	150	50	50	50	50
Misbrugscentre	1.730	8.380	11.740	11.340	11.340
Forebyggelse	200	400	400	400	400
Før henvisning	450	550	250	-	-
Behandling	11.450	12.900	11.280	8.760	8.140
Information	1.750	1.980	880	880	880
Uddannelse	2.200	4.350	2.600	2.850	4.500
Evaluering	50	250	-	-	500
Totale udgifter til planen	22.620	33.380	31.570	28.650	30.180
Pris for nuværende tilbud i regi af Selvstyret*	10.800	10.800	10.800	10.800	10.800
Nødvendige ekstra midler til realisering af planen**	12.720	23.480	21.670	18.750	20.280

* Under forudsætning af samme forbrug som realiseret i 2014. Muligheden for medfinansiering fra eksisterende midler og puljer vil skulle afdækkes nærmere forud for færdiggørelsen af FFL 2016.

Den skitserede plan er integreret og bør implementeres i sin helhed for at opnå det største udbytte af indsatsen.

2. Baggrund for arbejdet

Inatsisartut besluttede ved efterårsmødet i 2013 omkring forslag nr. 61 efter indstilling fra et enigt Familie- og Sundhedsudvalg, at:

Naalakkersuisut pålægges at udarbejde en analyse af behovet for misbrugsbehandling og en analyse af de samfundsmæssige gevinster ved at indføre et vederlagsfrit misbrugsbehandlingstilbud til FM 2014, og at Naalakkersuisut fremlægger en plan for fremtidens misbrugsbehandlingstilbud på EM 2014, således at disse kan implementeres i FFL2015.

Dette arbejde dækker anden del af arbejdet: **at fremlægge en plan for fremtidens misbrugsbehandlingstilbud på EM 2014, således at disse kan implementeres i FFL2015.**

Arbejdet med, at lave en analyse af behovet for misbrugsbehandling og en analyse af de samfundsmæssige gevinster ved at indføre et vederlagsfrit misbrugsbehandlingstilbud er afsluttet med omdeling af redegørelsen "Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster" til Inatsisartut ved til forårssamlingen 2014 (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014).

Arbejdet bygger på redegørelsen fra 2012 (Departementet for Sundhed, 2012), men afviger også idet det i denne var forudsat, at kommunerne ønskede at overtage behandlingsansvaret. Denne plan bygger på, at behandling som udgangspunkt er sundhedsvæsenets ansvar, mens en række andre indsatser før og efter behandlingen er et delt ansvar eller et kommunalt ansvar.

2.1. Redegørelsens hovedfund

Redegørelsen "Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster" (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014) fokuserede på de væsentligste misbrugsområder: alkohol, hash og spilafhængighed (ludomani) og på, hvem der har et misbrug, misbrugets konsekvenser, behovet for misbrugsbehandling og samfundsøkonomiske konsekvenser af misbruget. Dens hovedfund var:

Behandlingsbehov

Samlet blev dokumenteret, at op mod halvdelen af voksenbefolkningen har eller er i risiko for at udvikle et misbrug og at mænd er langt mere udsatte end kvinder. I alt 36 % af mænd og 25 % af kvinder har et potentielt skadeligt alkoholforbrug og 50 % af mænd og 33 % af kvinder har et forbrugsmønster karakteriseret ved at drikke meget ved samme lejlighed (binge drinking). Herudover havde 7 % af mænd og 5 % af kvinder røget hash indenfor den sidste uge (misbrugere) og yderligere 8 % havde røget hash indenfor den sidste måned (storbrugere). Blandingsmisbrug er hyppigt, idet 53 % af mænd og 37 % af kvinder er enten hyppige brugere af hash og/eller har et potentielt skadeligt alkoholforbrug og/eller er eller har været problemspillere. Specielt opmærksomhedskrævende er, at blandt hushold med børn under 18 år fandtes en eller flere typer af misbrug i 44 % af familierne.

Misbrug er både årsag til og en konsekvens af sociale problemer. Det er systematisk fundet, at misbrug er ulige fordelt i befolkningen. Samfundsgrupper med få ressourcer har den største andel af misbrugere uafhængigt af, om de er arbejdsløse, sociale klienter, under kriminalforsorg, hjemløse, børn i døgn- og handicapinstitutioner, kvinder i krisecentre, borgere, der henvender sig til sundhedsvæsenet udenfor dagtiden eller er gravide familier med særlige behov. Der er blandt både unge og voksne tegn på, at

misbrugets relative omfang mindskes i Nuuk men er uændret i andre byer og bygder og at misbruget blandt socialt stærke grupper synes at blive mindre.

Konsekvenser

Alkohol og hashmisbrug har fysiske, psykiske og sociale konsekvenser. Fysisk rammer alkoholmisbrug alle organsystemer. Alkohol er årsag til eller medvirkede til i gennemsnit 13 dødsfald årligt i 2002-2011 og til minimum 1.178 sengedage årligt på landets sygehuse, svarende til en omkostning til indlæggelser alene på minimum 8,7 mio. kr. årligt. Herudover har alkohol en stærk sammenhæng med ulykker, vold og dermed akut behov for sundhedsbehandling. Konsekvenser af hashmisbrug er mindre umiddelbart synlige i samfundet, fordi de primært er relateret til nedsat social kompetence, indlæringsvanskeligheder og udvikling af psykisk sygdom, som angsttilstande og psykoser.

Den sociale arv fra misbrug kaster skygger i generationer fremover, fordi misbrug ofte avler misbrug. Blandt misbrugere i behandling havde kun 2,5 % ikke oplevet misbrug i barndomshjemmet, mens 89 % havde søskende med misbrug. Herudover havde 47 % hjemmeboende børn og 17 % havde et eller flere anbragte børn. De direkte og indirekte sociale konsekvenser af misbrug er massive. Opvækst med misbrug betyder meget ofte omsorgssvigt, der giver risiko for tilknytningsforstyrrelser og udvikling af karakterafvigelse eller personlighedsforstyrrelser og senere i livet selvmordsforsøg og udvikling af psykisk sygdom. Herudover er udsættelse for seksuelle overgreb og vold også ofte følger af misbrug i hjemmet.

Nuværende behandlingstilbud

For den nuværende misbrugsbehandling viser forskellen i afsatte midler og i andelen, der henvises fra forskellige kommuner, at tilbuddet ikke kun gives ud fra behov, men også har sammenhæng med den afsatte økonomi. Samtidigt viser hyppigheden af blandingsmisbrug og de massive sociale behov hos personer i misbrugsbehandling, at tilbuddet om misbrugsbehandling ofte gives meget sent i misbrugskarrieren – ofte alt for sent til at undgå endnu en generation, der oplever en barndom i et hjem med misbrug.

Samfundsøkonomiske konsekvenser af misbrug

I redegørelsen blev givet skøn over de økonomiske konsekvenser af misbrug i Grønland ud fra danske og udenlandske undersøgelser og grønlandske data på sundhedsområdet.

Sammenfattende viste redegørelsen, *at der er store gevinster ved en målrettet indsats, der kan nedbringe rusmiddelmisbruget i Grønland. Der er både store samfundsmæssige gevinstpotentialer og individuelle potentialer i form af vundne leveår, forbedring af helbredsstatus og livskvalitet samt at bryde den sociale arv og mindske den sociale ulighed i sundhed.*

Redegørelsens delresultater:

- I alt bruges omkring 9 mio. kr. til misbrugsbehandling i Grønland, eller ca. 160 kr. per indbygger per år, hvoraf en betydelig del går til ophold og transport.
- Sygehusindlæggelser i forbindelse med alkoholrelaterede sygdomme udgør 1,6 % af alle sengedage i Grønland og koster 8,7 mio. kr. Dette er minimumsudgiften, da nogle udgifter ikke er registreret.
- De samlede omkostninger forbundet med behandling af alkoholrelaterede lidelser anslås ud fra danske tal at være 44 mio. kr. årligt.

- Kommunale udgifter til personer med alkoholmisbrug anslås ud fra danske tal at være 29 mio. kr. årligt. Dette er et minimumsestimater, da det er udregnet for en mindre del af den samlede gruppe af alkoholstorbrugere.
- Et udsat barn anslås ud fra danske tal at betyde øgede offentlige udgifter på i gennemsnit 6,7 mio. kr. over livsforløbet.
- Alkoholrelateret sygefravær anslås ud fra danske tal at koste mindst 8,3 mio. kr. årligt i tabt arbejdsfortjeneste.
- Udgifter i forbindelse med misbrugsrelateret kriminalitet udgør ud fra danske mindst 16 mio. kr. årligt. Heri er ikke indregnet hashkriminalitet eller at vi i Grønland har mere personfarlig kriminalitet. P.g.a. forskellen i kriminalitetsmønstret er det Politimesterembedets vurdering, at omkostningerne i Grønland er omkring 5 gange så høje, d.v.s. omkring 80 mio. kr.
- De samlede samfundsmæssige omkostninger til alkoholrelaterede ulykker, kriminalitet, sociale omkostninger og produktivitetstab anslås ud fra danske tal til at ligge mellem 114 og 142 mio. kr. årligt afhængig af beregningsmetoden for produktivitetstab. Dette estimat medtager formentlig ikke alle omkostninger og er dermed lavt sat.
- Ud fra beregninger i andre vestlige lande anslås, at mellem 1 og 6 % af Grønlands BNP går til omkostninger i forbindelse med alkoholmisbrug, svarende til en udgift på mellem 152 og 827 mio. kr. årligt. Forskellen i omkostninger fra forskel i de brugte beregningsmetoder.

3. Forebyggelse

Forebyggelse er en helt central del af misbrugsområdet. Der er i 2013 lavet en "Handlingsplan for alkoholområdet i Grønland i 2013-2019" (Departementet for Sundhed, 2013). I handlingsplanen er beskrevet en lang række af forslag til indsatser og der er i dag er lang række af nationale og kommunale forebyggelsesindsatser i gang. Indsatserne under handlingsplanen tager udgangspunkt i Inuuneritta II og dels i WHO's anbefalinger til forebyggende indsatser på alkoholområdet. Mens der således er en evidensbaseret handlingsplan på alkoholområdet mangler i dag handleplaner for hash og ludomani.

WHO peger på behovet for en helhedsorienteret lovgivning og nationale strategier, der understøtter den borgerrettede forebyggende indsats og foreslår at de overordnede forebyggende indsatser koncentrerer omkring 10 områder, hvor man har forskningsmæssig dokumentation for, at en indsats virker.

Inuuneritta dækker hele misbrugsområdet og ser hovedproblemerne som: *drikkemønstret, hashmisbrug, unges forbrug af alkohol, hash og snifning, misbrugsproblemer blandt gravide, misbrugets sociale konsekvenser og belastning af socialvæsenet og sundhedsvæsenet*. Det er opfattelsen, at en effektiv indsats på misbrugsområdet kræver, at der sættes ind på fire fronter:

1. Fokus på årsager til misbrug

Der skal igangsættes initiativer, der reducerer ubalancen i samfundet og hermed de ofte bagvedliggende årsager til rusdrikkeri, og misbrug af alkohol, hash og spil.

2. Forebyggelse

Ved at regulere tilgængeligheden af alkohol, hash og spil, samt til at påvirke befolkningen i en sundere retning, der kan sikre, at Alkohol- og Narkotikarådets 3 anbefalinger efterleves. Disse er:

1. Unge under 18 år bør helt undgå alkohol
2. Max 4 genstande ved samme lejlighed
3. Undgå alkohol før og under graviditeten samt ved amning

3. Hurtig indgriben

Erfaringer viser, jo hurtigere der gribes ind over for et misbrug, jo større er mulighed for succes.

4. Behandling og efterbehandling

De sociale konsekvenser af et misbrug er ikke begrænset til misbrugeren selv, men rammer alle personer i omgivelserne, herunder specielt børnene og den nærmeste familie. Det er vigtigt, at alle mennesker med et misbrugsproblem, som er motiverede for behandling, til enhver tid er sikret et behandlingstilbud, ligesom der skal sikres indsatser over for den nærmeste familie.

Under dette arbejde har en arbejdsgruppe foreslået indsatser omkring forebyggelse af misbrug under Inuunerittas mål og delmål. De af indsatserne, der er relevante for denne plan, er inddraget her.

3.1. Lovgivning med tæt relation til misbrugsområdet

Lovgivning er en del af den strukturelle forebyggelse af misbrug. På alkoholområdet findes en særlig lovgivning, Landstingslov nr. 11 af 11. november 2000 om salg og udskænkning af alkoholholdige drikke. Loven regulerer som navnet siger kun salg og udskænkning af alkohol. Den er under revision og et nyt

lovforslag forventes fremsat ved EM 2015 eller snarest herefter. Det er ønsket, at lovgivningsarbejdet tager udgangspunkt i WHO's anbefalinger omkring forbyggende indsatser (se ovenfor). Der vil i den kommende alkohollov således være bestemmelser om alkoholpolitikker på arbejdspladserne, ligesom der vil være reguleringer, der har til formål at udvikle mere hensigtsmæssige alkoholvaner. Der vil i den forbindelse være særlig fokus på unges adgang til alkohol.

Misbrugsbehandlingsområdet har hidtil ikke været reguleret. Vi ønsker med et lovgrundlag mulighed for at stille krav til uddannelsen af misbrugsbehandlere, opstille kriterier for godkendelse af misbrugsinstitutioner og at kunne stille krav om indrapportering af basisdata til den Nationale Misbrugsdatabase (se kapitel 6).

Besiddelse og salg af hash og andre ulovlige stoffer reguleres i lov om euforiserende stoffer (DSK nr. 15008 af 1. oktober 1986) samt bekendtgørelse om euforiserende stoffer (bkg nr. 559 af 9. november 1984 og skal ikke yderligere behandles her.

Regelsæt omkring afgifter og afgiftsstruktur på alkoholområdet hører under Departementet for Finansier. Det er tidligere anbefalet i forbindelse med Kræftplanen (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2013), at afgifterne fremadrettet følger den almindelige prisudvikling.

Den grønlandske færdselslov har for alkohol klare grænser for, hvornår man anses for ikke at kunne føre et køretøj på forsvarlig vis, mens der for hash ikke er samme klare regelsæt. Dette er i modsætning til fx i Danmark, hvor der er indført hurtigstest for stoffer inklusive hash og hvor der er mulighed for at idømme sanktioner, hvis der findes hash eller andre stoffer, der kan påvirke evnen til at føre motorkøretøj, i en efterfølgende blodprøve. Herudover giver den danske færdselslov politiet en række andre muligheder for at gribe ind overfor kørsel i påvirket tilstand. Der er ikke tvivl om, at indførelse af screeningstest og 0-tolerance i Grønland overfor at have hash og andre bevidsthedspåvirkende stoffer i blodet ved bilkørsel både vil være et meget klart signal til befolkningen og vil have en positiv effekt overfor trafikuheld.

3.2. Plan

- Forebyggelsen på alkoholområdet fortsættes ud fra "Handlingsplan for alkoholområdet i Grønland 2013-2019
- Der udarbejdes en handlingsplan for hash i 2014/15 og for ludomani i 2015
- Revision af alkohollovgivningen, der inkluderer relevante elementer af WHO's anbefalinger fremsættes til EM 2015 eller snarest herefter
- En misbrugslovgivning og dele af de underliggende regelsæt fremsættes til EM 2016 eller snarest herefter.
- Revision af den grønlandske færdselslov med indførelse af screening for hash og andre bevidsthedsudvidende stoffer og 0-tolerance for hash anbefales med henblik på forventet fremlæggelse i Folketinget i 2016 eller 2017

Som led i en kommende reform af afgiftssystemet foreslås det blandt andet, at alkoholafgifterne kommer til at følge den almindelige prisudvikling

4. Misbrugsbehandling – evidens og ”best practise”

En række nationale vejledninger og evidensbaserede retningslinjer omkring misbrug er publiceret. Flest om alkohol. Denne oversigt tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens MTV (Medicinsk Teknologi Vurdering) rapport fra 2006 (Sundhedsstyrelsen, 2006), det engelske reference institut, National Institute of Health and Care Excellence’s udredning fra 2011 (National Institute of Health and Care Excellence, 2011) samt den nationale australske vejledning for behandling af hashmisbrug (Copeland et al., 2009).

Misbrugsbehandling består af to elementer: *en motivationsøgende del* og *en behandlingsmæssig del*. Den motivationsøgende del går ud på at hjælpe misbrugeren til at vælge at ændre sit forbrug af rusmidler og herefter støtte op om den forandringsproces, som beslutningen indebærer. Den har derfor fokus på misbrugerenes ambivalens i forhold til at ændre sine vaner og på at fastholde motivationen for behandling. Den kognitiv-adfærdsmæssige del af misbrugsbehandlingen omfatter kortlægning af selve adfærden, miljøet omkring drikkeriet, de udløsende og de forstærkende faktorer, samt faktorer i omgivelserne. Formålet er at støtte misbrugeren i at ændre sine vaner og dermed realisere sine behandlingsmål.

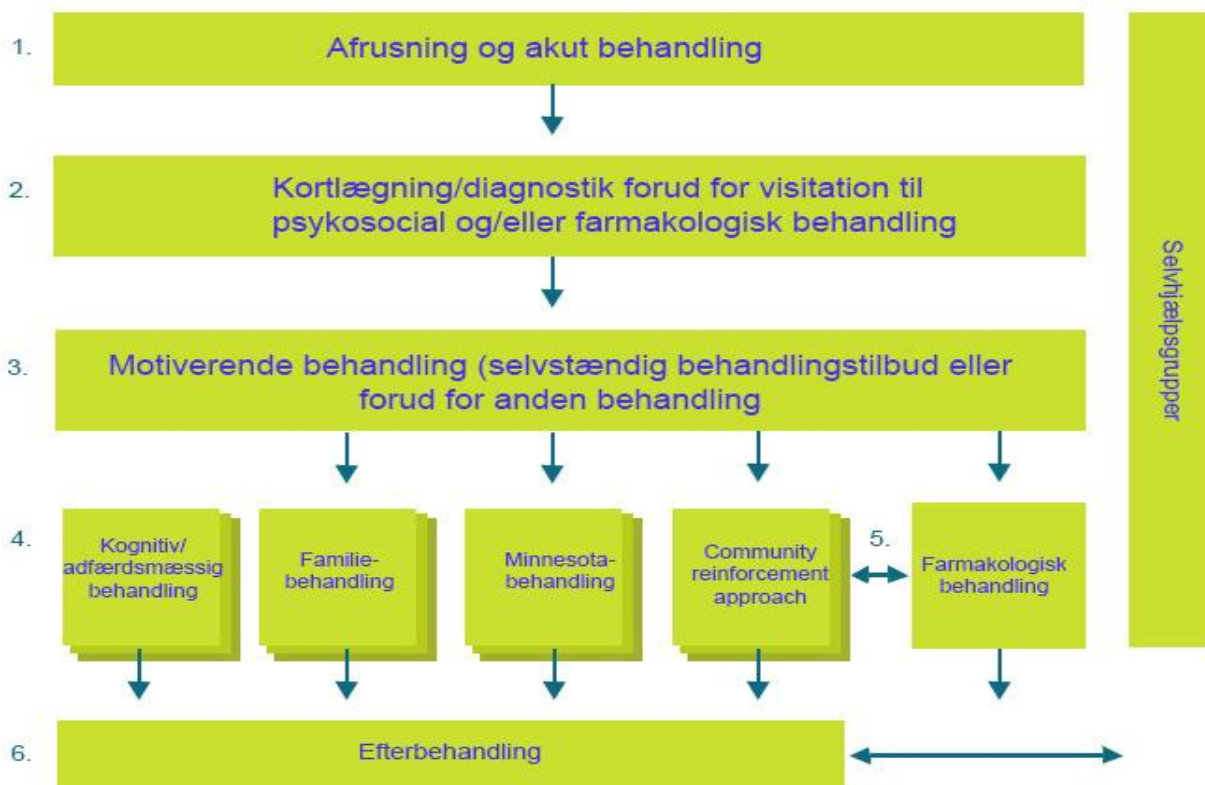
Behandlingen tager udgangspunkt i den enkeltes evne til at tænke, analysere, forestille sig og lære. Den omfatter såvel *psykoedukation* som *social færdighedstræning*, med hovedvægten på styrkelse af den enkeltes evne til at tænke realistisk, rationelt og analyserende, give bedre handlemuligheder og opnå følelsesmæssig balance. Desuden omfatter behandlingen færdigheder til at ændre uhensigtsmæssig adfærd, så personen opnår afholdenhed eller nedsat forbrug. Behandling af misbrug består af flere behandlingselementer, fx:

1. Afrusning og abstinensbehandling (ved alkoholmisbrug)
2. Kortlægning og diagnostisk udredning af alt misbrug forud for planlægning af behandlingstilbuddet
3. Psykosocial behandling
4. Farmakologisk behandling (ved alkoholmisbrug)
5. Selvhjælpsgrupper
6. Efterforløbet

Sundhedsstyrelsen har illustreret behandlingsforløbet på alkoholområdet (figur 1), men principperne er det samme for andet misbrug. Figuren illustrerer, at de forskellige behandlingselementer naturligt optræder på forskellige tidspunkter, selvom alle elementer ikke er med i alle behandlingsforløb. Samtidig er der på visse tidspunkter flere valgmuligheder. Det gælder for eksempel i forhold til valg af psykosocial behandlingsmetode. De fleste psykosociale behandlingsformer kan foregå som gruppebehandling eller som individuel behandling, ligesom de kan foregå under forskellige former, dvs. som enten døgn-, dag- eller ambulante behandling. I figuren er dette illustreret ved, at behandlingsmetoden optræder i flere ’lag’ eller udgaver. Afrusnings- og abstinensbehandling samt farmakologisk behandling bruges kun ved alkoholbehandling, da der ikke er specifik medicin, der kan lette abstinenser fra hash eller som kan bruges til at gøre det lettere at afstå fra at bruge hash.

Udover dette er der flere elementer, der påvirker misbrugerenes oplevelse af sin behandling og hans/hendes udbytte af den. Det er:

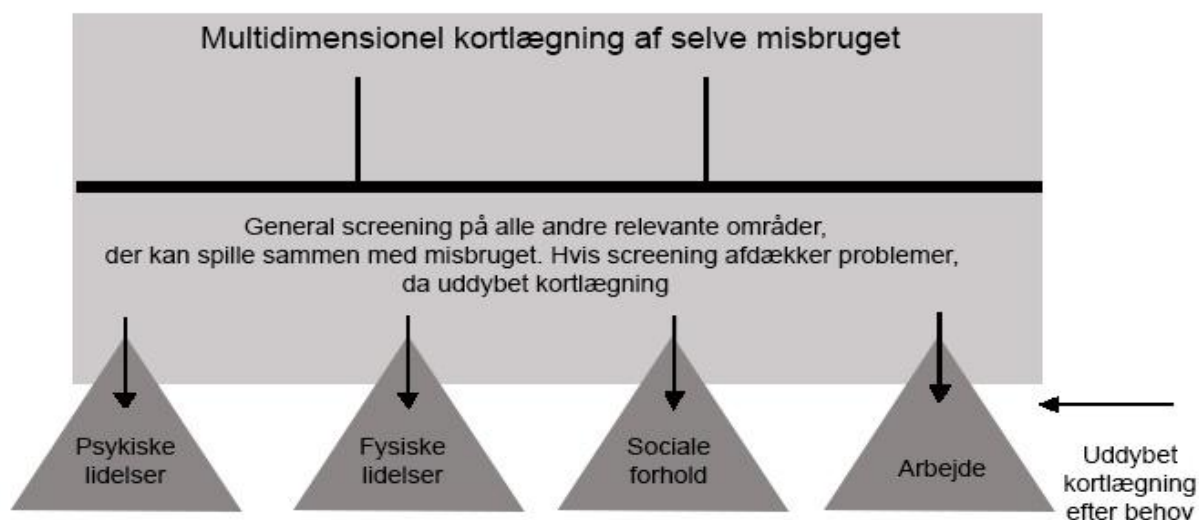
- Valg af behandlingens type gruppe-, familie- eller individuel behandling i døgn-, dag- eller ambulante regi og dens intensitet
- Hvordan og i hvilket regi behandlingen er organiseret og hvordan samarbejdet er med andre sektorer og instanser.
- Den måde behandlerne optræder på.



Figur 4.1: Oversigt over alkoholbehandlingsforløb

4.1. Kortlægning og diagnostisk udredning af misbruget forud for planlægning af behandlingstilbuddet

Planlægningen af den egentlige misbrugsbehandling starter hurtigst muligt efter henvendelsen. For alkoholmisbrugere dog først når afrusning og abstinensbehandling er godt i gang.



Figur 4.2 Multidimensional kortlægning af misbruget (ref)

Først laves en systematisk kortlægning af misbrugerens eventuelle andre problemer relateret til misbruget (se figur 2). Der er flere validerede instrumenter til dette. Et eksempel er ASI indexet, i dette gennemgås syv dimensioner: fysisk helbred, arbejde og økonomi, kriminalitet, alkohol, andre stoffer og medicin, familiære og sociale forhold og psykisk helbred.

Den multidimensionelle kortlægningen har to funktioner:

- at skabe overblik over behandlingsopgaven og skabe grundlag for planlægning af visitation og behandling
- etablere et samarbejde mellem misbruger og behandler som kan sikre overensstemmelse i forhold til valg af behandlingsmål.

4.2. Psykosociale behandlingsformer

Psykosocial behandling dækker over mange forskellige former for samtalebaserede behandlinger. De kan alle ved alkoholmisbrug suppleres med medicinsk behandling.

Den videnskabelige litteratur konkluderer om de psykosociale behandlingsformer:

- Specifikke behandlingsmetoder er mere effektive end ingen behandling og standardbehandling (oftest samtaler)
- Specifik behandling inden for den kognitive-adfærdsmæssige referenceramme, CRA, familiebehandling og motivationsøgende behandling er blandt de allerbedst dokumenterede og effektive
- 12-trinsbehandling (Minnesotabehandling) og måske også enkelte moderne former for psykodynamisk behandling, rettet mod faktorer bag misbruget, synes i stigende grad at kunne dokumentere effekt af behandling
- Inddragelse af familie synes generelt at øge effekten af behandling
- Motiverende behandling synes generelt at kunne øge compliance (efterlevelse af behandlingen) og effekt af anden behandling, hvis den gives forud for anden behandling

I Grønland har behandling efter Minnesotametoden i mange år været den dominerende psykosociale behandlingsmodel, selvom også andre behandlingsregimer anvendes. Nedenfor er kort gengivet de forskellige grundformer for psykosocial behandling. Hver af disse har underformer, ligesom der ofte er overløb mellem de forskellige former.

Motivationsøgende behandling (Motivational Interviewing, MI)

Denne behandling har udgangspunkt i den proces, der ligger bag enhver adfærdændring. Den fokuserer på at udforske misbrugerens egne argumenter for forandring. Der er to faser dels opbygning af motivation og dels at styrke beslutningen. MI er almindeligvis kortvarig, 1-2 samtaler, men kan også være et selvstændigt behandlingstilbud under betegnelsen **Motivational Enhancement Therapy (MET)**, hvor MI er kombineret med systematisk feedback om misbruget. Effekten er veldokumenteret, idet:

- Motiverende indsatser er især hensigtsmæssige over for alkoholmisbrugere, der er ambivalente over for at ændre adfærd
- Motivationsøgende behandling (MI) forud for anden behandling øger den samlede effekt af behandling
- Motivationsøgende behandling (MI & MET) har moderat effekt som selvstændigt behandlingstilbud.

Kognitiv og adfærdsmæssig terapi

Kognitive metoder bygger på samarbejde mellem misbruger og behandler. Den lærer misbrugereren metoder til problemløsning, lindring af symptomer og gør ham/hende bevidst om misbruget. Metoden omfatter

kortlægning af misbrugsadfærd, kortlægning af misbrugshændelserne og af forstærkende og mildnende faktorer i miljøet samt procedurer omkring adfærdsændringer.

Forskning i metoden har fundet effekten veldokumenteret, idet:

- Kognitiv-adfærds-mæssige behandlinger er effektive behandlinger, der reducerer alkoholforbruget og bedrer det psykosociale udbytte
- Færdighedstræning er effektivt i forhold til at reducere alkoholforbruget på både kort og længere sigt og kan bruges med både afholdenhed og nedsat forbrug som mål
- Selvkontroltræning er moderat effektivt til at sænke alkoholforbruget, hvor en sådan sænkning er målet.

Familieorienteret behandling

Denne behandling fokuserer både på misbruget, på familiens måde at kommunikere og interagere på, og på at undgå at familiemedlemmer medvirker til misbruget ved fx at påtage sig at løse eller skjule problemer, som misbruget skaber for misbrugeren. Der indgår to hovedelementer: *misbrugsfokuserede interventioner og familierelaterede interventioner*, der skaber et positivt klima i familien, øger de fælles aktiviteter og bedre kommunikationen. Familiebehandling findes som en del af andre psykosociale behandlingsformer, fx Minnesota-modellen. Familiebehandling er bedst undersøgt for voksne misbrugere, mens der mangler viden om involvering af forældre og søskende giver bedre behandlingsresultater ved behandling af unge misbrugere.

Forskning i metoden har fundet effekten veldokumenteret, idet:

- Familieinvolvering øger effekten af behandling
- Familiebehandling inden for den kognitive referenceramme har god effekt
- Familiebehandling inden for den systemiske referenceramme har ligeså god eller bedre effekt end individuel behandling og bedre effekt end venteliste
- Familieinvolvering kan øge sandsynligheden for, at misbrugeren kommer i behandling

12-trinsmodeller eller Minnesotabehandling.

Målet med Minnesotabehandling er afholdenhed og at misbrugeren erkender at han/hun ikke kan tåle alkohol eller stoffer. På trods af behandlingens store udbredelse er der beskeden videnskabelig dokumentation. Den typiske behandling er 4-6 ugers intensiv behandling gennemført af behandlere, der selv tidligere har været misbrugere og som kan være rollemodeller. Undersøgelser har overvejende set på effekten af behandlingen i forbindelse med dag- eller døgnbehandling. Ud fra litteraturen er konkluderet, at:

- 12-trinsbehandling er formodentlig effektiv behandling, der øger sandsynligheden for afholdenhed, men dokumentationen er sparsom

Netværksforstærkende tiltag (Community Reinforcement Approach, CRA).

Denne metode er fokuseret på misbrugers motivation, adfærd, netværk og på koordinering af misbrugsindsatsen i forhold til indsatser omkring sociale færdigheder, beskæftigelse og sociale aktiviteter uden alkohol/stoffer. CRA synes mest effektiv til misbrugere med svær afhængighed. Metoden er fundet at give gode resultater til behandling af misbrug blandt oprindelige befolkninger i USA. Ud fra litteraturen er konkluderet, at:

- De socialt mest udsatte misbrugere har behov for en koordineret indsats (som CRA), der foregår på flere fronter, som specifik misbrugsbehandling, indsats i forhold til beskæftigelse og etablering af et ædru netværk
- CRA har høj grad af effekt i forhold til reduktion af alkoholindtagelsen
- Farmakologisk behandling kan kombineres med CRA og øge effekten af behandlingen
- Belønningsstrukturer kan måske øge effekten af CRA

Psykodynamisk orienteret behandling.

Disse behandlingstyper opfatter misbruget som et symptom på en underliggende psykisk konflikt og fokuserer derfor på bagvedliggende faktorer, der påvirker misbruget. Ud fra litteraturen er konkluderet, at:

- Indirekte behandling har mindre effekt end behandling, der er direkte målrettet misbruget og klassisk psykodynamisk behandling er ikke dokumenteret effektiv i behandling af alkoholmisbrug
- Moderne, interaktionel behandling er måske effektiv i behandling af alkoholmisbrug
- Transaktionsanalyse har ringe effekt

Andre psykosociale metoder.

Nogle metoder som fx hypnose har ikke vist sig effektive indenfor misbrugsbehandling. Der er heller ikke videnskabelig dokumentation for effekten af metoder som løsningsfokuseret terapi eller CENAPS modellen.

4.3. Selvhjælpsgrupper

Selvhjælpsgrupper er udbredt i forbindelse med misbrugsbehandling fx som AA (Anonyme Alkoholikere) og NA (Narcotics Anonymous, Anonyme Stofmisbrugere) grupper. Der er dokumentation for at deltagelse i selvhjælpsgrupper i sideløbende med anden behandling kan øge compliance og den samlede behandlingseffekt.

Ud fra litteraturen er konkluderet, at:

- Selvhjælpsgrupper kan formentlig bidrage til at bevare og fastholde afholdenhed efter endt behandling, men selvhjælpsgrupper er næppe tilstrækkeligt som selvstændigt behandlingstilbud
- Tvungen deltagelse i selvhjælpsgrupper giver sandsynligvis bagslag
- Alkoholmisbrugere med et netværk, der er misbrugere, har formentlig størst udbytte af deltagelse i selvhjælpsgrupper

4.4. Selvhjælpsmateriale

Selvhjælpsmateriale har været brugt på flere måder, dels udleveret efter en konsultation med misbrugere, der selv havde henvendt sig omkring behandling og dels leveret på baggrund af en screening for misbrug.

Ud fra litteraturen er konkluderet, at:

- Selvhjælpsmateriale udleveret på opfordring eller efter aftale med alkoholmisbrugeren er mere effektivt end ingen behandling
- Selvhjælpsmateriale er formentlig kun effektivt i forhold til alkoholmisbrugere, der selv søger behandling, dvs. allerede er indstillede på at ændre alkoholvaner
- Selvhjælpsmateriale er et vigtigt redskab, som kan udleveres til alkoholmisbrugere, der efter at have modtaget information om mulighederne for behandling stadig er nølende over for at møde frem til regelmæssige behandlingssamtaler

4.5. Afrusning og abstinensbehandling ved alkoholmisbrug

Afrusning, observation og behandling af abstinens sker i regi af sundhedsvæsenet. Under afrusningen observeres og behandles eventuelle abstinenssymptomer, da patienten ellers kan udvikle abstinenskrampe eller delirium.

Det er vigtigt med en god abstinensbehandling, da manglende behandling medfører risiko for forværring af fremtidige abstinenssymptomer og at misbrugeren genoptager sit misbrug trods ønske om ophør.

Benzodiazepiner bør foretrækkes som førstevalgspræparat specielt til ambulante behandling p.g.a relativt få bivirkninger og fordi der findes en specifik modgift. Herudover bør administration af B- vitamin og specielt Tiamin fortsætte.

De fleste patienter vil kunne behandles ambulant, men hos misbrugere med psykiatrisk eller somatisk sygdom, dårligt socialt netværk og vanskelige sociale forhold eller tidligere dårligt effekt ved ambulant abstinensbehandling kan indlæggelse være nødvendig. Der er udviklet valide scoringssystemer til gradering og monitorering af abstinens. Ambulant fx Gossop og under indlæggelse fx WSA.

4.6. Farmakologisk (medicinsk) behandling ved alkoholmisbrug

Et misbrug medfører komplekse neurofysiologiske forstyrrelser i hjernens transmittersystemer. Forstyrrelser, der er fundet relateret til fx risiko for tilbagefald og craving (et meget stærkt følt ønske om at få stoffet).

De tre stofgrupper, der er fundet effekt ved alkoholmisbrug er Antabus (Disulfiram), Campral (Acamprosat) og opioid hæmmerne (Naltrexon, Nalmefen). *Antabus* er et afskrækningsmiddel, der virker ved at hæmme et enzym. Ved alkoholindtagelse udvikles blussen, høj puls og utilpashed. *Acamprosat* virker direkte ind på nogle af hjernens transmitterstoffer og den ubalance i disse, som misbruget skaber. Behandlingen kan startes allerede under afrusningen. En ulempe er, at det skal doseres 3 gange dagligt. *Opioidhæmmere* (*Naltrexon*, *Nalmefen*). Stofferne virker ved at nedsætte alkohols belønningseffekt på hjernen. Nalmefen er lidt mere specifikt virkende end Naltrexon og er godkendt til administration ved behov. Dette er ikke forventeligt en ønskelig behandlingsmåde i Grønland. Ca. 10 - 15 % af brugere af Naltrexon får bivirkninger. Doser over det anbefalede kan give leverpåvirkning.

4.7. Efterforløb

For at mindske tilbagefaldet opfordres misbrugere til at deltage i et efterforløb, der skal sikre rehabilitering og forankring af behandlingsresultatet. Dette synes specielt vigtigt i forbindelse med behandling, der er foregået udenfor vante omgivelser. Der er meget lidt videnskabelig dokumentation for effekten, men målrettet efterforløb med håndtering af sideløbende problemstillinger er meningsfuld især i relation til misbrugere, der er socialt eller på anden måde belastede.

4.8. Misbrugsbehandling ud fra et brugerperspektiv

Der findes sparsom forskningsbaseret viden både om misbrugernes vurdering af og forventninger til misbrugsbehandling. Der er formentlig mange faktorer involveret i beslutningen om at søge behandling fx ønske om et liv uden misbrug, om større kontrol over eget liv eller et øget selvværd. Det begrænsede kendskab til misbrugere motiver for at søge behandling eller til at afholde sig fra at søge behandling.

Undersøgelser har afdækket et generelt manglende kendskab til behandlingsmuligheder og lokale tilbud blandt sundhedsprofessionelle, mulige patienter og deres familier. Dette kan være en ikke uvæsentlig hindring for at søge behandling. Den udbredte opfattelse, at misbrugsbehandling kun er målrettet den tungeste og mest socialt belastede del af befolkningen er en anden hindring. Herudover kan omgivelsernes syn på, om misbrugsbehandling er accepteret eller om det stempler personen at have et behandlingsbehov være af betydning for at søge hjælp. Da vi ønsker at behandling iværksættes tidligt i misbrugskarrieren er oplysning og holdningsændring til misbrug og misbrugsbehandling helt nødvendig.

4.9. Matchning mellem misbruger og tilbud

Misbrugere udgør et bredt udsnit af befolkningen og er meget forskellige både, hvad angår misbrugets sværhedsgrad, varighed og den livssituation, som den enkelte misbruger står i.

Misbrugere dør dog ofte med andre problemer eller lidelser, der kan være relateret til misbruget eller uafhængigt af dette. Misbruget kan også betyde, at behandlingsmulighederne for andre lidelser bliver dårligere. Socialt udsatte borgere kan have svært ved at søge misbrugsbehandling, fordi behandlingssystemet direkte eller indirekte forventer motivation og ressourcer, som misbrugeren ikke har. Alt dette skal der tages hensyn til i tilrettelæggelsen af tilbuddet.

Centralt, at misbrugeren føler sig lyttet til, føler sig hørt og at han/hun oplever sig medinddraget i behandlingsplanlægningen og valg af behandlingsmål. Det er derfor vigtigt, at afdække motivationen til forandring og tilrettelægge behandlingen herefter, derfor er beherskelse af Motivational Interviewing helt central ligesom det gør misbrugskortlægning og visitation til kernepunkter (se Motivational Interviewing, afsnit 4.2). Pårørende bør inddrages, da de får bedre velbefindende, hvis de inddrages i behandlingen.

Ambulant, dag eller døgntilbud?

Indenfor misbrugsbehandling ses både ambulante tilbud, dagbehandlingstilbud og døgnbehandling.

Ambulant behandling er lokale forløb med kortere eller længere fremmøde fx hver dag, hver uge eller hver måned, afhængig af, hvor i behandlingsforløbet misbrugeren er. Dagtilbuddet vil også ofte været et lokalt tilbud med daglige forløb kombineret med fx halvtidsarbejde og almindeligt hjemmeliv. Døgnbehandling kan være af kortere og længere varighed fra en uge til flere måneder.

Behandlingen i Katsorsaaivik Nuuk i Nuuk og deres lokale forløb er behandlingsmæssigt et dagtilbud, selvom mange bor i institutionen under behandling.

Forskning har generelt ikke fundet forskel på effekten af døgn-, dag- og ambulant behandling, men der mangler fortsat viden om, hvilke undergrupper af misbrugere, der profiterer bedst af hvilket tilbud. Der er dog indikationer på, at de allersværeste misbrugere og misbrugere med nedsatte kognitive funktioner har bedre gavn af døgnbehandling, mens de lettere afhængige synes at have bedre gavn af ambulant behandling. Ved ambulant behandling synes der at være en sammenhæng mellem varighed af behandling og dens effekt, men der er ingen klar viden om, hvor hyppigt behandlingssamtaler bør tilbydes.

Til misbrugere med færre ressourcer skal der i tilknytning til misbrugsbehandlingen, tilbydes fx støttende og opfølgende samtaler med fokus på personlig 'empowerment'. Hvis misbrugeren ikke har uddannelse eller arbejde, bør der samtidigt arbejdes med dette. Hos storbrugere og personer med let misbrug kan selvhjælpsmateriale baseret på den kognitive referenceramme og af motivations-øgende behandling alene være tilstrækkelig behandling.

Gruppebehandling eller individuel behandling

Gruppebehandling er udbredt indenfor alle typer af psykosocial behandling. Der er få undersøgelser af effekt af gruppebehandling kontra individuel behandling og man ved ikke, hvad der har størst effekt, for hvem. Nye undersøgelser har vist, at behandling evt. kan foretages via telefon eller internet uden at effekten forringes.

Typen af tilbud til specielle grupper

Unge har bedre gavn af en behandlingsform indenfor den kognitive referenceramme.

Ved samtidig psykiske lidelser, som depression og angst, er behandling indenfor den kognitive referenceramme formentlig mere effektiv en fx traditionel AA eller anden psykosocial behandling. Ubehandlet vil disse lidelser medføre ringere compliance og behandlingseffekt.

Målrettede indsatser mod relevante problemstillinger, parallelt og koordineret med misbrugsbehandling synes at øge effekten af misbrugsbehandlingen. Socialt udsatte er fx fundet, at profitere bedre af en indsats, der er koordineret gennem en nøglebehandler. Arbejdstræning i kombination med ambulante misbrugsbehandling er mere effektiv end misbrugsbehandling alene.

Personlighedsforstyrrelser er hyppigere blandt misbrugere end i normalbefolkningen. Tilstedeværelsen øger risiko for frafald og har negativ betydning for compliance og behandlingseffekt. Personlighedsforstyrrede misbrugere har formentlig bedre effekt af behandling indenfor den kognitive referenceramme.

Der er ikke fundet forskel mellem kønnene i forhold til, hvilken behandlingsform, der har størst effekt.

4.10. Behandlerens betydning for effekten af behandlingen

En god alliance mellem misbruger og behandling stor betydning for effekten. Der kan være meget store forskelle i det udbytte misbrugeren får af en behandling hos forskellige behandlere, uafhængigt af at behandlerne bruger samme behandlingsmetode. For alkoholbehandling er forskellen i gennemsnitsmisbrugers symptomer efter behandling fundet at variere fra over 60 % reduktion til 3 % forværring. Forskellen synes knyttet til behandlerens evne til at skabe en varm og støttende relation under behandlingen. Hvis behandleren derimod var konfronterende drak misbrugeren mere et år efter behandlingsophør.

- En empatisk behandlerstil øger sandsynligheden for god effekt af behandling
- En konfronterende behandlerstil har negativ effekt
- Forskellene mellem behandlere kan formentlig mindskes gennem organisering i behandlerteams og strukturering gennem fx brug af manualer.

4.11. Organisation af behandlingen

Organiseringen omkring behandlingen har betydning. Båndene til fx det somatiske eller psykiatriske behandlingssystem, det sociale system eller kriminalforsorgen får specielt betydning med hensyn til at møde behov eller problemer, der opstår parallelt med som følge af misbruget. Det kan fx være vanskeligere for en behandler organiseret under sundhedsvæsenet at få hjælp til sin patient/klient i det sociale system end i eget system og visa versa.

Valget af organisation vil logisk fokusere behandlingen fx ud fra en sygdomsmodel, et fokus på de sociale aspekter af misbruget, på dets fysiske konsekvenser, på en samtidig psykiatrisk sygdom etc. Generelt ved man ikke meget om, hvorledes organiseringen påvirker effekten af behandlingen, men forskningen antyder, at man ikke skal underkende betydningen af den sundhedsfaglige indsats og samspillet med sundhedssektoren.

Den initiale visitation er vigtig. Dårlig eller manglende visitation øger risiko for overbehandling fx ved at visitere til et døgntilbud i stedet for et ambulante tilbud. Kliniske erfaringer fra Fyns Amt, hvor den ambulante alkoholbehandlingsinstitution var indgangsport til alle niveauer af behandling betød i

kombination med struktureret kortlægning (se afsnit 4.1) og stringente visitationskriterier en øget effekt af behandlingen og fald i forbruget af døgnbehandling.

4.12. Effekt af uddannelse og ledelse

På tværs af organisationsmodeller gælder, at specialuddannet personale og god ledelse er en forudsætning for effektiv behandling. Relevant efteruddannelse er en forudsætning for etablering af effektive psykosociale behandlingstilbud.

Det er nødvendigt, at etablere et professionelt og sammenhængende behandlingssystem. Dette taler for, at misbrugsbehandlingssteder skal være af en vis størrelse, være organiseret i teams og at der skal ske en vedvarende efter- og videreuddannelse.

- Faglig dygtighed og en organiseret tilgang til den enkelte patient er associeret med god effekt af behandling
- Man ved ikke nok om, hvorledes behandlere bedst kompetenceudvikles eller superviseres til at blive gode behandlere

5. Det nuværende behandlingstilbud og det forventede behandlingsbehov

Det nationale misbrugsbehandlingstilbud hører ressortmæssigt under sundhedsområdet. Det må dog slås fast, at misbrugsbehandling kun er en lille del af hjælpen, hvis den sociale arv skal brydes og de personlige og samfundsmæssige konsekvenser af at være vokset op med misbrug og omsorgssvigt skal afhjælpes. Misbrugsbehandling skal derfor ske i tæt samarbejde med de kommunale myndigheder og andre dele af Selvstyret.

5.1. Det nuværende behandlingstilbud

Det nuværende nationale behandlingstilbud består af dels *et tilbud om medicinsk behandling mod alkoholafhængighed* samt *et egentligt afvænningsstilbud og behandlingstilbud til misbrugeren og familiebehandling til familiemedlemmer*.

Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse har en aftale med den private behandlinginstitution Katsorsaavik Nuuk omkring det egentlige afvænningsstilbud og omkring et familiebehandlingstilbud. Herudover tilbyder Katsorsaavik Nuuk et forebyggende tilbud til børn i 6-12 års alderen "Børn er også mennesker" og til teenagere med TAPP (Teen Age Power Program) -programmet. Ud over det nationale tilbud har nogle kommuner etableret egne behandlingstilbud.

5.2. Brug af tilbuddet om medicinsk behandling

Alle misbrugere af alkohol kan tilbydes medicinsk behandling mod alkoholafhængighed i sundhedsvæsenet. Fra 2007 til 2013 blev udskrevet mellem 23.100 og 50.300 døgndoser (DDD) af medicin mod alkoholafhængighed¹ fordelt på 0 DDD af Naltroxon, 0-713 DDD af Acamprosat, mens resten (23.200-50.300 DDD) var Antabus.

Hvis vi antager, at man får behandling i gennemsnit i 4 måneder så udskrives medicin mod alkoholafhængighed til mellem 190 - 412 personer om året. Midler mod alkoholafhængighed bruges således ikke i et omfang, der svarer til deres effekt (se afsnit 4.6). Der er grund til at opprioritere den medicinske behandling og at sikre, at tilbuddet fremadrettet gives til relevante patienter.

5.3. Brug af behandlingstilbuddet i Katsorsaavik Nuuk

Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse har fra 1. april 2012 haft aftale om misbrugsbehandling med Katsorsaavik Nuuk i Nuuk, mens behandlingen før den tid blev varetaget af Qaqiffik. Behandlingen i Katsorsaavik Nuuk er et dagbehandlingstilbud, som kan foregå enten i Nuuk eller ved rejsehold lokalt. Sundhedsvæsenet betaler for rejse og ophold ved misbrugsbehandling, mens kommunerne betaler behandlingen, hvis klienten selv eller andre, fx en arbejdsgiver, ikke kan afholde udgiften. I praksis betaler kommunerne langt den største del af behandlingerne. En behandling for alkoholmisbrug er 6 uger, men

¹ Data fra Landsapoteket i Nuuk.

ved blandingsmisbrug forlænges behandlingen til 9 eller 12 uger, herudover kan henvises til en 4 ugers genbehandling. Familiebehandling tilbydes 2 familiemedlemmer over 12 år. I 2013 er lavet en aftale om lokalbehandling, der er økonomisk attraktiv for kommunerne, men tilbuddet bruges kun i begrænset omfang.

I 2012 behandlede Katsorsaavik Nuuk 182 klienter, heraf var 126 henvist fra kommunerne. I 2013 var antallet af behandlede klienter 271, hvoraf 148 var henvist fra "Tidlig indsats", men resten bortset fra enkelte selvbetalere var henvist fra kommunerne². Fordelingen i forhold til behandlingsvarighed og gennemførelse for klienter henvist fra "Tidlig indsats" og fra kommunerne afviger kun lidt fra hinanden.. For kommunerne ses data i Tabel 1.

2012	Kujalleq	Sermersooq	Qeqqata	Qaasuitsup	I alt
Klienter i alt	3	51	30	42	126
6 ugers behandling	33 %	25 %	37 %	45 %	
9/12 ugers behandling	67 %	75 %	64 %	52 %	
Gennemførte behandlinger	67 %	73 %	97 %	71 %	

Tabel 1. Misbrugsbehandlinger i Katsorsaavik Nuuk i 2012 (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014)

Der var fra 2012 til 2013 en betydelig stigning i andelen fra "Tidlig indsats", der ønskede misbrugsbehandling. Mens 33 % af familier blev visiteret til misbrugsbehandling i 2012 gjaldt det 69 % i 2013. En mindre stigning i henvisninger blev også set fra kommunerne. Der var meget stor forskel kommunerne imellem, hvor mange, der kommer i behandling. At så mange har et blandingsmisbrug tyder på at klienterne har et meget svært og formentligt også langvarigt misbrug, før de kommer i behandling.

	I alt behandlet	Har hjemmeboende børn	Har anbragte børn	Ikke misbrug hos forældre	Misbrug hos søskende	Uddannelse folkeskole eller under	I arbejde
Behandlet lokalt	82	56	16	3	60	52	39
Behandlet i Katsorsaavik Nuuk	189	38	20	2	120	85	77
I alt	271*	94	36	5	180	137	116
I procent		45 %	17 %	2,5 %	89 %	ca. 66 %	ca. 57 %

*Oplysninger mangler hos 64-69 klienter.

Tabel 2. Sociale oplysninger for klienter i misbrugsbehandling (data fra Katsorsaavik Nuuk, februar 2014) (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014)

Hvis man ser på den sociale profil for misbrugere i behandling i 2013 ses, at der blandt misbrugere ses helt massiv social arv. Kun 2,5 % er ikke selv vokset op med misbrug og 89 % havde søskende med misbrug. Denne sociale arv er, for den meget store del af klienterne der har hjemmeboende eller anbragte børn,

² Data for 2013 fra Katsorsaavik, februar 2014.

allerede er på vej til at præge næste generation. Som noget positivt har ca. 60 % tilknytning til arbejdsmarkedet (Tabel 2).

5.4. Det forventede behandlingsbehov

Behandlingsbehovet blev for de forskellige målgrupper søgt beregnet ud fra vores nuværende viden på området (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014). Der er dog et kendt misforhold mellem behovet for behandling og andelen, der søger i behandling, som behandlingskapaciteten skal tilpasses til.

Gruppen af storbrugere

Udgangspunktet er at tage hensyn til ønsket om tidlig indsats, men mange storbrugere opfatter ikke selv deres forbrug som et problem og er dermed ikke motiveret for livsstilsændring eller behandling. I befolkningen er 53 % af mænd og 37 % af kvinder, enten er hyppige brugere af hash, og/eller at har et potentielt skadeligt forbrug af alkohol og/eller er eller har været problemspillere (Larsen and et al, 2013). De fleste er "bare" storbrugere, men nogle har et misbrug, er på vej ud i et, eller har risiko for at komme ind i andet misbrug, fordi de er tidligere misbrugere.

Borgere i denne gruppe vil have gavn af information, selvhjælpsmateriale og en indsats, der kan motivere til behandling ved behov for dette.

Gruppen af socialt fungerende misbrugere

En del misbrugere har erkendt deres misbrug. Med den viden, vi har omkring fx misbrug og sygelighed hos arbejdstagere, må størrelsen af denne gruppe ikke undervurderes. De er fortsat ofte socialt velfungerende eller næste velfungerende, men har brug for en mere intensiv indsats end gruppen af storbrugere.

Borgere i denne gruppe vil for de fleste kunne profitere af et ambulans tilbud.

Gruppen med særlige sociale behov

I redegørelsen (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014) blev ud fra data fra politiet, arbejdsgivere, krisecentre, sundhedsvæsenet, døgninstitutioner, kommunerne og ud fra tidligere redegørelsen og forskning vurderet, at der blandt sociale klienter, hjemløse, voksne i døgninstitutionerne, i krisecentrene og i "Tidlig indsats" er 4.000-6.000 med et behandlingsbehov. Gruppen er meget heterogen, men mange har komplekse problemstillinger. Der er i dag intet formaliseret samarbejde mellem Katsorsaaik og kommunerne omkring denne gruppe.

Nogle borgere i denne gruppe vil umiddelbart kunne indgå i et dagtilbud, mens andre vil have behov sideløbende med misbrugsbehandlingen også at få afhjulpet deres sociale behov. For nogle vil et sideløbende pædagogisk tilbud, som det i dag findes indenfor "Tidlig indsats", være af stor betydning for et succesfuldt efterforløb (se afsnit 6.6).

Gruppen med anden sygdom udover misbruget

Misbrugere som også har en fysisk eller psykisk sygdom (angst, depression, psykose) har behov for hjælp og støtte fra sundhedsvæsenet parallelt med misbrugsbehandlingen. Hvis de får denne støtte vil mange kunne behandles ambulant. De fleste patienter med en langvarig psykisk sygdom (omkring 750-1.000 personer) vil dog kræve en specielt tilrettelagt indsats, hvis de også er misbrugere.

Der mangler i dag tilbud til denne gruppe.

Behovet for familiebehandling

Behovet omkring familiebehandling er formentlig ganske stort og dækker:

- et forebyggende tilbud til børn og unge vokset op i hjem med misbrug
- et tilbud til pårørende til misbrugere.

Katsorsaavik Nuuk tilbyder i dag samtidig familiebehandling af 2 pårørende. Behovet for forebyggende behandling hos børn og unge ligger et sted imellem de omkring 300 børn og unge på døgninstitutionerne og de op mod 1/3 af alle børn, der er opvokset med omsorgssvigt, da omsorgssvigt og misbrug er tæt forbundet. De eksisterende tilbud dækker i dag kun børn af misbrugere, der er eller har været i behandling (se afsnit 5.1)

Børn og unge

Gruppen af 13-18 årige med alkohol- og/eller hashmisbrug opleves af kommunerne at være stigende (Departementet for Sundhed, 2012), men vi kender i dag ikke antal eller deres behandlingsbehov. Børn og unge profiterer både af individuel behandling og af gruppebehandling, men tilbuddet skal være målrettet aldersgruppen og deres specielle behandlingsbehov. Et flertal vil formentlig have behov for en samtidig social indsats og alle vil have behov for et efterforløb med socialpædagogisk indhold.

Der findes i dag ikke et behandlingstilbud for børn og unge, der selv har et misbrug.

Opfølgende indsats/efterforløb

En opfølgende indsats er det vigtigste værn mod tilbagefald. Det fremtidige tilbud skal derfor indeholde et tilbud om struktureret efterforløb.

Kommunerne vurderer, at mellem 20 og 40 % af klienter falder tilbage i misbrug indenfor det første år (Departementet for Sundhed, 2012). Qaasuitsup Kommunia og Kommuneqarfik Sermersooq vurderer, at risikoen for tilbagefald øges, hvis personen behandles udenfor sit vante miljø, mens Katsorsaavik Nuuk oplever, at frafald er mere udbredt blandt klienter, der er henvist fra de sociale myndigheder (Departementet for Sundhed, 2012). Katsorsaavik Nuuk er som led i aftalen med Selvstyret begyndt en systematisk efterbehandling og at indsamle data om tilbagefald. Dette skal fortsættes og styrkes gennem en konsekvent registrering og indberetning af behandlingsdata og -effekt til den Nationale Misbrugsdatabase.

6. Elementer og faser i det fremtidige misbrugsbehandlingstilbud

Samfundet er afhængigt af

- At vi kan bryde den negative sociale arv
- At behandlingseffekten efter misbrugsbehandling kan fastholdes
- At tidligere misbrugere kommer i arbejde og/eller får en uddannelse, så de bidrager til udviklingen af vores samfund – praktisk som økonomisk

Det fremtidige tilbud om misbrugsbehandling skal være tilgængeligt for alle med et behov og som er motiverede for behandling, mens det nuværende tilbud hverken har det nødvendige omfang, er differentieret eller er let tilgængeligt. Misbrugsbehandling skal som anden behandling være designet på et evidensbaseret grundlag og skal varetages af personale med særlig uddannelse.

Det fremtidige behandlingssystem skal dække de forskellige alders- og målgruppers forskellige behandlingsbehov og skal indeholde *vejledning, oplysning, motivering, visitation, ambulante behandlingsforløb, dagbehandlingstilbud og tilbud til særlige grupper*. På alkoholområdet skal det også omfatte afrusning, abstinensbehandling og medicinsk understøttet behandling. Herudover skal der være planlagt et relevant, struktureret efterforløb og misbrugsbehandlingen skal være forudgået/ ledsaget af vurdering og behandling af/ indsatser overfor eventuelle samtidige sociale og sundhedsmæssige behov.

Målet med denne plan er, at misbrugsproblemer identificeres tidligst muligt og at misbrugeren og de pårørende hurtigt får hjælp. Dette kræver bl.a., at institutioner med borgerkontakt såsom sundhedsvæsenet, socialforvaltning og skoler har fokus på at opdage misbrugsproblemer hos deres klienter, patienter eller deres pårørende.

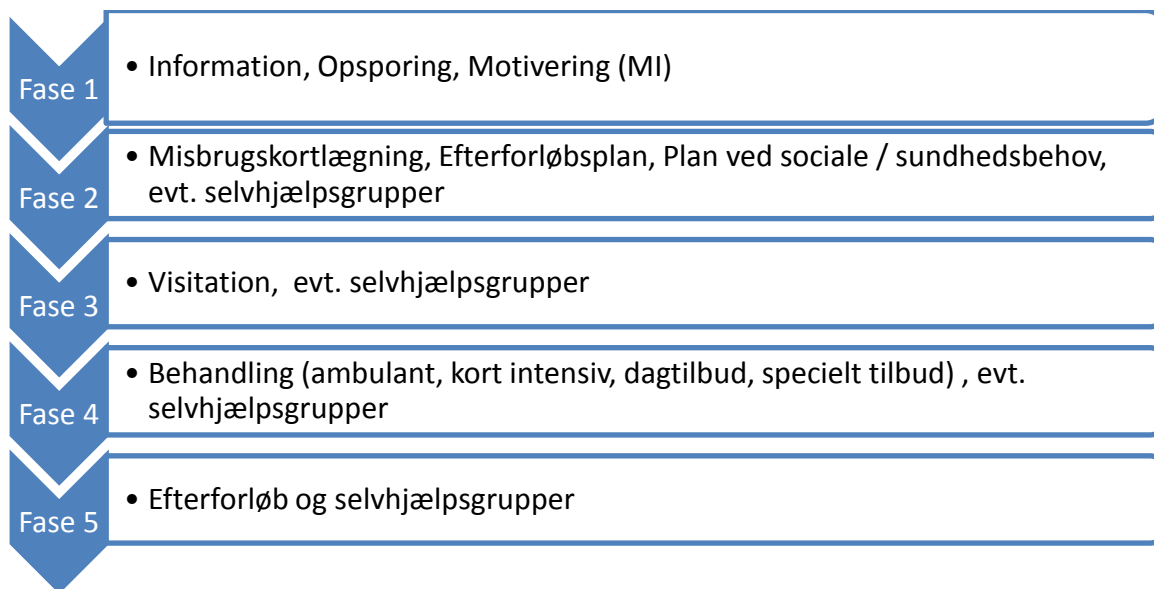
Ud fra erfaringerne fra "Tidlig indsats" ved vi, at ønsket om at komme i behandling stiger i forbindelse med, at tilbuddet bliver kendt og accepteret. Det er vanskeligt at sætte tal på, hvor mange der vil blive visiteret til behandling i et fremtidigt, gratis system, der samtidigt er mere differentieret, mere opsøgende og lettere tilgængeligt.

Det er heller ikke muligt at implementere så stor en omlægning af misbrugsbehandlingen over hele landet på en gang. Implementeringen sker derfor gradvis med start i en enkelt kommune /sundhedsregion. Planen startes derfor som et pilotprojekt i en enkelt kommune/sundhedsregion.

6.1. Det typiske forløb ved misbrugsbehandling

Opsporing, motivation og henvisning til behandling skal ske ved MisbrugsNøglePersoner (se afsnit 6.4) både i kommuner og i sundhedsvæsenet, mens visitation sker i Misbrugscentre og behandling i centrene eller i dagtilbud, som vi kender det i dag. Der oprettes et misbrugscenter i hver kommune bemandet med Misbrugskonsulenter (se afsnit 6.6). Samtidig oprettes et Videnscenter for Misbrug (se afsnit 6.12), der udover at skulle koordinere, vejlede, informere, supervisere og uddanne også er helt centralt for systematisk indsamling af data, og monitorering og evaluering af indsatsens effekt.

Den skitserede behandlingsindsats vil betyde, at patientforløbene typisk vil forløbe som angivet i figur 6.1. Ansvar for det samlede misbrugsbehandlingsforløb for den enkelte borger i dag er delt mellem selvstyret og kommunerne. Et velfungerende behandlingsforløb er således afhængigt af at have et godt tværsektorielt samarbejde og et godt samarbejde mellem private behandlingsinstitutioner og det offentlige.



Figur 6.1 Oversigt over det typiske forløb

Organiseringen af misbrugsbehandlingsforløbet under denne plan er skrevet ud fra, at de borgerrettede/ generelle aktiviteter er et kommunalt ansvar, mens behandling/ patientrettede aktiviteter er sundhedsvæsenets ansvar. Behandlingsforløbet skal for brugerne opleves fremadskridende uden unødige flaskehalse og uden mærkbare overgange mellem faserne trods forskellige ressortansvarlige (se tabel 6.1).

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
Ansvarlig Kommunerne/ Selvstyret (SHV)	Kommunerne/ Selvstyret (SHV)	MBC*	MBC	Kommunerne
Udfører MNP'er**	MNP'er	MK'er***, (Private)	MK'er, Private	MNP'er, familie - centre, andre
Overvågning VfM****	VfM	VfM	VfM	VfM

* Misbrugcentre, ** Misbrugsnøgleperson, *** Misbrugskonsulenter, **** Videnscenter for Misbrug

Tabel 6.1 Ansvarlig og udfører af de enkelte faser

Da samarbejde på tværs af selvstyret og kommunerne er helt nødvendigt skal der derfor udarbejdes forpligtende samarbejdsaftaler mellem hver enkelt kommune og selvstyret (Videnscenter for Misbrug), der beskriver patientforløb, samarbejdet og tydeliggør ansvarsfordelingen.

6.2. Behandlingsmodellen og dens trin

Matchning mellem misbruger og behandlingstilbud er med til at sikre god behandlingseffekt (se afsnit 4.9). Behandlingsindsatsen er som for anden sundhedsbehandling organiseret ud fra en ”stepped care model” (en trinvis model), hvor behandlingen altid er den mindst indgribende, der er virkningsfuld – og hvor den gives så tæt på borgerens hjem som muligt.

Den trinvise model bygger på:

- 1) at behandlingstilbuddet planlægges individuelt ud fra problemet, forventninger, ressourcer og behandlingsmuligheder
- 2) at behandlingstilbuddet er i overensstemmelse med den aktuelle forskningsbaserede viden på området
- 3) den anbefalede behandling er den mindst indgribende, der stadig er virkningsfuld.

Behandlingsmodellens trin

De trin, der skal etableres for at for at kunne give det nødvendige tilbud er:

1. Information om tilbuddet
2. Selvhjælpsmateriale – til storbrugere
3. Motivational interviewing – til alle misbrugere før behandling og hos socialt velfungerende misbrugere som et eneste tilbud
4. Ambulant behandling eller korte forløb af 1 uges varighed med rejsehold lokalt i byer – for socialt velfungerende misbrugere, hvor trin 2 ikke var nok og for sværere misbrugere, der ønsker dette
5. Dagbehandlingstilbud lokalt ved rejsehold eller i Nuuk – for misbrugere med mere komplicerede behov og brug for professionel støtte under behandlingen
6. Dagtilbud i kombination med socialt/pædagogisk tilbud – for fx gravide misbrugere opvokset i en misbrugsfamilie med brug for pædagogisk og anden professionel støtte under behandlingen
7. Specialtilrettelagte tilbud til børn, unge og psykisk syge.

I dag eksisterer trin 1,2,3,4 og 7 ikke, men skal oprettes. Trin 5 svarer til det nuværende tilbud i Katsorsaavik Nuuk og trin 6 findes i dag som et pilotprojekt i sundhedsvæsenet. Videnscenter for Misbrug eksisterer heller ikke i dag, men er en forudsætning for koordinering, supervision, monitorering og evaluering.

Behandlingsmetoder

For de fleste misbrugere har valget af psykosocial metode ikke betydning for muligheden for at nå behandlingsmålet. Godkendte behandlere vil derfor som udgangspunkt have metodefrihed, men alle behandlere skal have samme behandlingsreferenceramme. Denne referenceramme består af et kognitivt behandlingstilbud (se afsnit 6.5) og alle misbrugsbehandlere skal som basis have gennemgået grunduddannelsen for misbrugsbehandlere (se afsnit 7.3) og den kognitive overbygning på denne (se afsnit 7.4).

Visitation til egnet behandlingstilbud

Visitation sker i Misbrugscentrene, som er indgangsport til alle niveauer af behandling. Misbrugscentrene skal visitere således, at forvaltningen af ydelserne under planen er den samme uafhængigt af, hvor klienten er bosat samt, at modellens trin bruges som baggrund for visitation til behandling.

Struktureret kortlægning af misbruget med klarlæggelse af behandlingsbehov (se afsnit 6.4), og af sociale og sundhedsmæssige behov (se afsnit 6.5) kombineret med entydige visitationskriterier skal sikre øget effekt af behandlingen og undgå overforbrug af mere specialiserede tilbud.

6.3. Informationsindsatsen

Vi ved at misbrugsbehandling nytter. Denne viden og viden om selve tilbuddet skal ud til befolkningen. Fagprofessionelle, misbrugere og pårørende skal have let til viden om behandlingsmuligheder og hvad misbrugsbehandling omfatter. At mange med behandlingsbehov er velfungerende er også et vigtigt budskab, så det ikke er stigmatiserende at søge behandling.

Det skal være muligt kun at skulle henvende sig for at få råd eller hjælp til kontakt til behandlingssystemet. Lokalt er dette det kommunale Misbrugscenter og nationalt oprettes en misbrugslinje i Videnscenter for Misbrug.

6.4. Indgangen til behandlingssystemet - gennem MisbrugsNøglePersoner

MisbrugsNøglePersonerne er den primære indgangsport til behandlingssystemet. Langt de fleste misbrugere er ikke kendt i det sociale system og mange ses i eller kontakter sundhedsvæsenet med et ønske om henvisning til behandling. Indgang til behandling skal derfor ske gennem MisbrugsNøglePersoner i både kommunerne og sundhedsvæsenet.

De kan være frontpersonale som sagsbehandlere, personale i familiecentre, sundhedsvæsen, uddannelsesinstitutioner, skoler og i det private erhvervsliv. Det at være MisbrugsNøglePerson er således en del af et andet professionelt liv.

MisbrugsNøglePersonerne står for den primære visitation af misbrugeren til Misbrugscentret og for at motivere og fastholde misbrugeren frem til et behandlingstilbud kan gives. Herudover har de ansvaret for lokalt informationsarbejde om misbrugsbehandling og den opsøgende virksomhed på misbrugsområdet. MisbrugsNøglePersonernes opgaver er:

- At opspore og erkende borgere med misbrugsproblemer
- At motivere til behandling (Motivational Interviewing)(se afsnit 4.2)
- At varetage kontakten til misbrugere indtil egentlig behandling kan starte
- Multidimensional misbrugskortlægning (se afsnit 4.1)
- Henvisning til kommunen til udarbejdelse af efterforløbsplan
- Hvis misbrugskortlægningen viser behov, henvises til kommunal koordinator og/eller sundhedsvæsenet til udredning og udarbejdelse af handleplaner/ behandling
- Henvisning til behandling
- Evt. opfølgning af personer, der har været i behandling

Motiverende samtaler (MI) er en vigtig baggrund for videre behandling og MisbrugsNøglePersonerne skal beherske dette redskab og kunne give alle misbrugere dette tilbud.

6.5. Henvisning til behandling

MisbrugsNøglePersonerne kan henvise til behandling så snart der foreligger en misbrugskortlægning, en efterforløbsplan og evt. en kommunal/ sundhedsmæssig handlingsplan. Behandlingen koordineres med de kommunale og sundhedsmæssige indsatser og igangsættes, så snart det er praktisk muligt.

Før henvisning til behandling skal alle misbrugere have lavet:

- en multidimensional misbrugskortlægning (se afsnit 4.1)
- en handlingsplan for et struktureret efterforløb
- ved behov en kommunal(social)/sundhedsmæssig handlingsplan før, under og efter behandlingsforløbet.

Kravet om misbrugskortlægning og handlingsplaner før henvisning til behandling skal sikre både det bedst mulige udbytte af behandlingen for den enkelte og den bedste ressourceudnyttelse.

Koordinering

Der er i dag krav om individuelle handleplaner fx ved langvarig arbejdsløshed, særlige uddannelsesbehov og på en række andre områder. For en del misbrugere forventes derfor, at der allerede er lagt handlingsplan kan genbruges efter relevant supplerende til en samlet plan for den enkelte. For at videreforløbet skal kunne foregå hurtigt og effektivt er det hensigtsmæssigt med en koordinator for misbrugsbehandling i både sundhedsvæsenet og i kommunen.

Det er nødvendigt, at der udarbejdes en aftale med sundhedsvæsenet og de enkelte kommuner omkring indholdet i handlingsplanerne, så de som minimum dækker de områder, der er fundet under kortlægning, men kravet om en kommunal/ sundhedsmæssig handlingsplan skal kun dække områder af betydning for behandlingsresultatet. Det samme gælder for krav til efterforløbsplanen.

Multidimensional misbrugskortlægning

For at sikre en ensartet kortlægning skal denne ske med valideret spørgeskema.

Efterforløbsplan

Målet med at lave en struktureret efterforløbsplan er at sikre den bedste mulighed for at gennemføre behandlingen og at behandlingsresultatet kan fastholdes.

Kommunale/ sundhedsmæssige handlingsplaner

Hvis der ved kortlægningen er fundet behov for indsatser skal disse adresseres. Udarbejdelse af de kommunale handlingsplaner er et kommunalt ansvar, mens sundhedsvæsenets har ansvar for udredning og behandling af fysisk og/eller psykisk sygdom. Handlingsplanen skal være struktureret og skal ved behov indeholde planer for indsatser i kommunalt regi og for behandling i sundhedsvæsenet.

6.6. Misbrugscentre – visitation og behandling

Misbrugscentrene visiterer og behandler. Visitation til behandlingen sker ud fra "stepped care modellen" og ud fra faste visitationskriterier. Misbrugscentrene forventes at bestå af 3 misbrugskonsulenter ved deres opstart. Det er en fordel, hvis konsulenterne har forskellig faglig baggrund og at en af dem er socialrådgiver. Ud over uddannelsen som misbrugskonsulent ønskes på sigt en overbygning fx som småbørnskonsulent, familierapeut eller indenfor kognitiv terapi eller supervision (se afsnit 7.4 og 7.5).

Misbrugskonsulenternes opgaver er:

- Endelig ansvarlig for visitation til behandlingstype ud fra faste visitationskriterier
- At foretage kort intervention (forlænget Motivational Interviewing)
- Kunne behandle misbruget hos misbrugere visiteret til ambulante behandling lokalt og korte intensive forløb lokalt og ved rejsehold
- Motivere for fastholdelse i behandling

- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med nøglepersoner
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring problemer relateret til misbruget fx sociale, somatiske og psykiatriske problemer og omkring at lette overgangen til efterforløbsindsatsen
- Informationsindsats omkring misbrug og misbrugsbehandling
- Familiebehandling
- Supervision af MisbrugsNøglePersoner
- Indrapportering til det Nationale Misbrugsregister
- Støtte til personer, der har været i behandling
- Vejledning om misbrugsbehandling til borgere i kommunen.

6.7. Behandlingstilbuddet

I dette afsnit beskrives de enkelte trin i behandlingsmodellen nærmere.

Selvhjælpsmateriale

Selvhjælpsmateriale omkring alkohol, hash og ludomani udarbejdes i regi af Departementet for Sundhed og Infrastruktur og for behandlingstilbuddet i Videnscenter for Misbrug.

Motivationsøgende interviews

Denne indsats er både afdækkende og en del af behandlingsindsatsen. Den varetages af MisbrugsNøglepersoner i kommunerne og i sundhedsvæsenet. Beherskelse af metoden er en nødvendig kvalifikation og skal sikres gennem supervision og efteruddannelse (se afsnit 4.2).

Ambulant behandling eller kort intensiv intervention i de nationale misbrugsteams

Den ambulante behandlingsindsats og intensive ambulante indsatser af en uges varighed varetages under misbrugsteams i de enkelte sundhedsregioner. Disse tilbud skal derfor have en vis rejsehølfunktion.

Dagbehandlingstilbud

Dagtilbud forventes fortsat varetaget af en privat behandlingsinstitution. I udlandet har dagtilbud/døgntilbud af kortere varighed end det, der traditionelt har været udbudt i Grønland, vist sig effektive. Med den lange misbrugsvarighed hos de misbrugere, der bliver visiteret til behandling og den store andel, der har blandingsmisbrug og/eller sociale problemer kan det ikke forventes, at behandlingsvarigheden kan nedsættes væsentligt for nuværende. Det er dog ønskeligt, at der på sigt sker en større differentiering også af dette tilbud.

6.8 Dagtilbuddets indhold

Det fremtidige dagtilbud skal omfatte

- Længerevarende lokale og regionale dagtilbud på 6 uger ved alkoholmisbrug og forlænget ved samtidigt blandingsmisbrug eller ludomani.
- Dagtilbuddet skal på sigt differentieres
- Centraliseret behandlingstilbud gives til personer, der ikke kan modtage lokal behandling eller som har andre behov, der gør et tilbud udenfor hjemstedet nødvendig – behandlingens længden er som ovenfor beskrevet
- Familiebehandling

- Forebyggende tilbud til børn og unge lokalt
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med sundhedsvæsenet om sundhedsbehov
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med kommunerne om den samtidige sociale indsats og det strukturerede efterforløb
- Formaliseret samarbejde med de nationale misbrugsteams og med MisbrugsNøglePersoner
- Opfølgning af personer, der har været i behandling
- Indrapportering til det Nationale Misbrugsregister.

De sociale behov hos misbrugere i dagtilbud kan dækkes ved at dagbehandlingsinstitutionen ansætter en socialrådgiver så et samarbejde med kommunerne omkring sociale handlingsplaner og nye sociale problemstillinger kan etableres.

6.9. Afrusning og abstinensbehandling samt farmakologisk understøttende behandling ved alkoholmisbrug

Sundhedsvæsenet skal sikre opdaterede retningslinjer for afrusning og abstinensbehandling. Afrusning vil hos de fleste alkoholmisbrugere kunne ske hjemme med kontrol i sundhedsvæsenet, men vil for enkelte kræve indlæggelse (se afsnit 4.5).

Sundhedsvæsenet skal udarbejde retningslinjer for farmakologisk understøttende behandling. Der er god grund til at udbygge tilbuddet. I dag bruges dette for lidt og domineres af Disulfiram (Antabus), mens både Acamprosat og opoidhæmmere har effekt og behandling med disse stoffer er fundet samfundsøkonomisk omkostningseffektiv. Behandlingen skal indrapportere til det Nationale Misbrugsregister.

Der er ikke specifik medicinsk behandling til afrusning eller abstinensbehandling ved hashmisbrug. Det skal vurderes på sigt, om der er behov for et scoringsskema for hashabstinens.

6.10. Tilbud til særlige grupper

Der er grupper vi i dag ikke har et tilbud til. Det gælder specielt for børn, unge og psykisk syge.

6.10.1. Børn, unge

For børn og unge skal oprettes et tilbud ud fra en "stepped care" model. Ud fra såvel et pædagogisk som et behandlingsmæssigt synspunkt er det mest hensigtsmæssigt at give tilbuddet så lokalt som muligt, så der samtidig kan sikres en social indsats omkring fx skole-, uddannelses- eller arbejdsforløb og en samtidig familiebehandling. Hvorvidt, der yderligere er behov for et egentligt dag- eller døgntilbud vil behøve afklaring. Før et behandlingstilbud etableres er det nødvendigt med mere viden om børn og unges særlige behandlingsbehov. Kapacitetsbehovet og de afledte økonomiske konsekvenser mangler også afklaring. Dette skal så vidt muligt afklares under projektet i pilotkommune/region.

Det er tidligere foreslået (Departementet for Sundhed, 2012), at der i tilknytning til Videnscenter for Misbrug kunne oprettes et døgncenter for socialt udsatte unge misbrugere i aldersgruppen 15-25 år. Manglen på pædagogisk personale og omkostningerne ved at etablere et døgntilbud sammen med vores mangler på viden om behov og effekt taler dog for nuværende imod dette.

6.10.2. Svært psykisk syge misbrugere

En del svært psykisk syge har sideløbende et misbrug. Misbruget vil ofte forværre sygdomssymptomer og øge risikoen for at droppe ud af den antipsykotiske behandling med svær sygdomsforværring til følge.

Der er tidligere beskrevet et meget omfattende tilbud til denne gruppe (Departementet for Sundhed, 2012). Vi behøver dog mere viden om behandlingsbehovet og hvor mange, der ønsker et behandlingstilbud, hvordan et tilbud bedst kan gives og dets ressourcetræk. Der er således for nuværende primært behov for en udredningsindsats.

6.10.3. Dagtilbud i kombination med pædagogisk intervention

Det nuværende dagtilbud om misbrugsbehandling til familier betyder ofte, at misbrugeren må forlade sine børn for at komme i behandling. Rent fagligt kan det ikke anbefales, at børn forlades i en periode, hvor tilknytning og relationsdannelse etableres.

I regi af Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse pågår et pilotprojekt for familier i "Tidlig indsats" med hjemmeboende børn. Målgruppen er familier, der ud over misbruget har store sociale og pædagogiske behov. Målet er at undgå drop-out fra behandlingen og gøre behandlingseffekten permanent ved at sikre, at familien bliver mere robust og samlet får redskaber der giver bedre styr på dagligdagen også efter hjemkomsten. Familierne kommer samlet til misbrugsbehandling og bor i en lejlighed med 1-2 andre familier i samme situation. Misbrugsbehandlingen kombineres med en pædagogisk indsats, hvor de voksne lærer at se deres børns behov og hvor handle-mønstre i familien afdækkes og italesættes, samtidig med at der er aktiviteter for familierne. Erfaringer fra projektet har vist, at forældrene kan mangle viden om helt grundlæggende elementer af, hvad det indebærer at være forældre. Gennem ophold i lejligheden tager hele familien aktivt del i processen med at komme ud af misbrug og understøttes i et sundt familiesamvær med øget struktur.

Projektet har vist sig særdeles succesfuldt. Det har opnået at mindske frafald fra behandlingen og tilbagemeldinger fra de sociale myndigheder har vist, at familierne har holdt sig ude af misbrug og er blevet mere velfungerende i dagligdagen.

Der skal etableres et tværsektorielt samarbejde omkring permanent etablering af et fremtidigt lignende tilbud, ligesom indsatsen kræver et tæt samarbejde med den kommunale indsats omkring familiernes andre sociale behov og overgang til et struktureret efterforløb.

Det er nødvendigt, at den pædagogiske indsats understøttes af et samtidigt pasningstilbud og et godt skoletilbud for samtidig at kunne afdække eventuelle specielle behov hos familiernes børn og at kunne bryde en begyndende social arv. Nuværende mulighed for direkte henvisning af børn fra projektet til pædiatrisk udredning skal fastholdes og evt. udbygges med mulighed for henvisning også til sundhedspleje.

6.11. Efterforløb, selvhjælpsgrupper og andre kommunale eller private tilbud

6.11.1 Efterforløb

Et tilbud om efterforløb skal være med til at fastholde behandlingsresultatet. Tilbuddet skal være struktureret og skal være kendt af misbrugeren inden denne kommer i behandling. Under behandlingen skal ske en forberedelse af misbrugeren til misbrugsfrihed og en glidende overgang fra behandling til efterforløbet. Efterforløbet er et kommunalt ressortansvar. Det forventes, at de kommunale

MisbrugsNøglePersoner vil få en vigtig rolle i overgangen fra behandling til efterforløb. Familiecentrene vil formentlig i mange byer være centrale omkring efterforløbsindsatsen.

6.11.2. Selvhjælps- og støttegrupper

Det er kommunernes erfaring, at støttegrupper er gode til at motivere og fastholde klienten i et liv uden misbrug (Departementet for Sundhed, 2012). Som udgangspunkt bør alle misbrugere derfor sikres viden om lokale selvhjælps- eller støttegrupper og have tilbud om deltagelse. Grupper kan oprettes både i privat regi fx AA eller Blå kors eller være initieret af kommunerne og have basis fx i familiecentrene eller organiseres på anden måde. Misbrugeren kan have gavn af dem både under behandling og i efterforløbet.

6.11.3. Yderligere kommunale tilbud

Der er tidligere foreslået yderligere sociale indsatser for at sikre, at behandlingsmål kan fastholdes, herunder bofællesskaber for særlige målgrupper, fx unge og enlige misbrugere (Departementet for Sundhed, 2012). Hvorvidt dette fortsat opfattes som hensigtsmæssigt skal tages stilling til efter pilotprojektet, da behovet i dag er ukendt.

6.12. Videnscenter for Misbrug

Det samlede misbrugsbehandlingstilbud forankres i en særlig institution: Videnscenter for Misbrug. Videnscentret er en den afgørende styringsenhed uden hvilken, det ikke vil være muligt at gennemføre resten af planen.

Videnscentret har både konkrete opgaver overfor Misbrugscentrene og den samlede behandlingsindsats samt koordinerende funktioner og en kvalitetssikrende rolle. Kerneopgaverne er:

- Koordinerer af den samlede nationale indsats mod misbrug
- Varetage den Nationale Misbrugsdatabase (se afsnit 8.1)
- Overvågning (monitorering) og evaluering af misbrugsindsatsen
- Sikre at misbrugsbehandlingen sker ud fra nyeste viden og "best practise"
- Udvikle og planlægge uddannelsesaktiviteter indenfor misbrugsområdet, herunder sikre at MI kompetencer er reelt til stede
- Øverst ansvarlige for visitation til behandling og for udarbejdelse af visitationskriterier
- Øverst ansvarlige for information og formidling omkring misbrugsbehandling
- Godkende og overvåge private behandlingstilbud
- Øverst ansvarlige for supervision af misbrugskonsulenter og nøglepersoner
- Udvikle behandlingstilbud til grupper vi i dag ikke har et tilbud om misbrugsbehandling til
- Øverste organ for tværsektoriel koordinering og samarbejde
- Medvirke til offentlig- private partnerskaber på misbrugsområdet
- Samarbejdsaftaler med forskningscentre og interesseorganisationer indenfor misbrugsbehandling

Koordinering

Det er nødvendig med en koordinering af det samlede misbrugsbehandlingstilbud. Det er en vigtig rolle for Videnscenter for Misbrug.

Overvågning og evaluering

Misbrugsbehandlingstilbuddenes indhold og effekt skal løbende dokumenteres og evalueres på nationalt og kommunalt/regionalt niveau samt på brugerniveau. Systematisk og målrettet dokumentation i den Nationale Misbrugsdatabase gør det muligt løbende at vurdere tilbuddenes effekt og kvalitet.

Udvikling og kvalitetssikring

Der kommer hele tiden ny viden fx omkring nye behandlingsformer og omkring hvilke behandlinger, der hjælper hvilke grupper bedst. Ny viden på feltet skal systematisk inddrages og udnyttes, således at kvaliteten af behandlingen løbende forbedres.

Uddannelsesindsats og kompetencer

Videnscentret er øverste ansvarlige for uddannelsesindsatsen, for kurser og for, at uddannelsen bygger på den nyeste viden på området. Motivational Interviewing (MI) er et nødvendigt redskab, men alle tilegner sig ikke metoden lige let. Videnscentret skal sikre, at medarbejdernes kompetencer indenfor MI evalueres og at de ved behov får hjælp til at beherske metoden.

Visitationskriterier

God og ensartet visitation er helt nødvendig for at undgå overbehandling og for at de samlede ressourcer bruges bedst muligt. Videnscentret opstiller visitationskriterier og sørger for en løbende opdatering af disse.

Information og formidling

Forskellene mellem behandlere kan formentlig mindskes gennem strukturering fx ved brug af manualer. Videnscenter for Misbrug skal stå for udarbejdelse af materialer, manualer og vejledninger til behandlere, misbrugere og pårørende, dels alene og dels i samarbejde med Paarisa, sundhedsvæsenet, kommunerne, behandlere og eksterne rådgivere. Videnscenter for Misbrug skal repræsenteres i Alkohol- og Narkotikarådet.

Godkende og overvåge private behandlingstilbud

Lovningen på misbrugsområdet skal give mulighed for at stille krav til også private misbrugsbehandlers uddannelse og til deres tilbud. Videnscentret skal udvikle godkendelseskrav for misbrugsbehandlere og institutioner, godkende dem og overvåge, at de lever op til kravene.

Supervision

De regionale teams er på grund af deres størrelse følsomme omkring rekruttering og fastholdelse, ligesom de er for små til selv at kunne sikre fastholdelse og opkvalificering af kompetencer og supervision af medarbejderne internt. Videnscentret skal være ansvarlig for supervision til regionale misbrugsenheder.

Udvikle nye behandlingstilbud

Der er grupper, der i dag ikke får et behandlingstilbud. Det gælder specielt børn, unge og psykisk syge. Videnscentret skal løbende sikre viden om disse målgruppers behandlingsbehov og skal medvirke til, at der udarbejdes specialtilrettelagte tilbud til dem.

Medvirke til offentlige-private partnerskaber

Misbrug rammer hele samfundet. Det er oplagt at udvikle offentlige-private partnerskaber omkring misbrugsbehandling. Til redegørelsen (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014) blev i samarbejde med CSR Greenland lavet en undersøgelse omkring misbrugs konsekvenser for arbejdspladserne. Det så i denne ud til, at misbrugerens tilknytning til arbejdsmarkedet forøger chancerne

for succesfuld misbrugsbehandling. Det er ønskeligt at etablere et partnerskab mellem Videnscentret og CSR Greenland om at afprøve nye former for misbrugsbehandling, hvor den ansattes tilknytning til virksomhedens bruges til at opnå større succes ved misbrugsbehandlingen.

Samarbejdsaftaler

For at sikre vedvarende vidensopdatering er det relevant at lave samarbejdsaftaler med forskningscentre og interesseorganisationer på misbrugsområdet, fx Blå kors i Grønland, Alkohol & Samfund, Forskningsenhederne på Statens Institut for Folkesundhed, Center for Rusmiddelforskning og Enheden for Klinisk Alkoholforskning samt samarbejdspartnere i det øvrige Norden.

6.12.1. Organisationen omkring Videnscenter for Misbrug

Videnscentret skal referere direkte til sin bestyrelse, men ligger organisatorisk under Departementet for Sundhed og Infrastruktur. Egen bestyrelse er valgt fordi misbrugsbehandling er et tværsektorielt ansvar. Bestyrelsen består af repræsentanter fra kommunerne, Selvstyret (sundheds-, social- og uddannelses- og finansområderne) og KANUKOKA.

6.13. Den Nationale Misbrugsdatabase

Hele misbrugsbehandlingsforløbet skal dokumenteres i den Nationale Misbrugsdatabase. Derfor skal både kommuner, sundhedsvæsenet og behandlingsinstitutionerne indrapportere til denne.

Som det blev konkluderet: *"Det næste skridt for nærmere at kunne beregne omkostningerne til negative konsekvenser af misbrug på det grønlandske samfund er opbygning af et bedre datagrundlag"* (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014). Opbygningen af en National Misbrugsdatabase er et vigtigt redskab for fremadrettet at kunne se på fx de enkelte teams resultater og behandlingsresultatet over tid i forhold til indsatsstype og typen af sværhedsgraden af misbrug.

6.14 Implementering

Vi ved i dag for lidt om forskellige gruppers behov til, at det er hensigtsmæssigt med en national udrulning af planen fra dens start. Det har derfor planlagt, at uddannelsesindsatsen (se kapitel 7) og opstart af planen sker først i en pilotkommune/ sundhedsregion.

Det vil betyde, at den nødvendige viden kan opnås om fx behandlingsbehov på de forskellige behandlingstrin, hvem der søger behandling, afledte behov i kommuner og sundhedsvæsenet og behov etc. inden specielle tilbud til børn, unge og psykisk syge inden planen udrulles nationalt.

6.14.1 Forventede implementerings risici

Organisering og integrering

Planen er meget integreret, hvilket betyder at for at få den optimale effekt af indsatsen må alle planens elementer realiseres.

Kapacitet

Der kan hurtigt uddannes MisbrugsNøglePersoner og disse vil også hurtigt kunne finde et betydeligt antal misbrugere, der ønsker behandling. Det stiller krav til de næste faser i forløbet. Den første flaskehals kan blive, at der kræves handlingsplaner og efterforløbsplan før henvisning kan foregå. Det stiller krav til både kommuner og sundhedsvæsen.

Den næste flaskehals kan blive behandlingskapaciteten. På behandlingssiden eksisterer i dag enten et fuldt dagtilbud (med familiebehandling) eller ingenting. Alle mellemtrinene i ”stepped care modellen” skal først opbygges med denne plan.

Tidsplan

MisbrugsNøglePersonerne forventes at kunne starte visiteringen allerede fra medio 2015, men der er ikke et nyt differentieret behandlingssystem på plads på dette tidspunkt. Det er først klar i 2016-2017. Behandling indtil øvrige tilbud er klar skal således ske i Katsorsaavik Nuuk eller hos lokale udbydere. Det kan blive nødvendigt under opstarten at prioritere behandlingspladserne, da der allerede i dag i perioder er ventetid på behandling i Katsorsaavik Nuuk. Med tanke for at bryde den sociale arv vil familier blive prioriteret så længe, der er begrænset behandlingskapacitet.

Rekruttering og fastholdelse

Øget tilgængelighed til differentieret lokal behandling kræver, at det både er muligt at uddanne og fastholde tilstrækkeligt antal MisbrugsNøglePersoner og misbrugskonsulenter. Det forventes, at det bliver relativt let at rekruttere MisbrugsNøglePersoner, men noget sværere at rekruttere misbrugskonsulenter, da denne uddannelse bygger på en bacheloruddannelse. Det er muligt at også fagprofessionelle med anden baggrund kan tilbydes uddannelsen efter en individuel kompetencevurdering, uden at skulle gå på kompromis med niveauet. Denne vurdering foretages af Videnscenter for Misbrug. Dele af den regionale indsats kan evt. udføres af private misbrugsbehandlere under kontrakt med Videnscenter for Misbrug.

Data og dataudveksling

Planen er afhængig af, at der ved behov kan ske en udveksling af oplysninger mellem Misbrugscentre, Videnscenter for Misbrug, sundhedsvæsenet eller kommunerne. Dette besværliggøres af, at reglerne for overførsel af data mellem uafhængige forvaltningsenheder ikke er opdateret. Omkring den enkelte klient forventes, at de underskriver en samtykkeerklæring, der giver tilladelse for at udveksle oplysninger, men der kan ikke stilles krav om dette. Nægtelse vil betyde, at handleplaner ikke kan udveksles, hvilket kan betyde et suboptimalt behandlingsresultat.

Det er helt nødvendigt for monitorering og evaluering af behandlinger og behandlingseffekt, at der oprettes et Nationalt Misbrugsregister på cpr niveau som både kommuner, sundhedsvæsenet og misbrugsinstitutionerne skal indrapportere til. Dens konstruktion skal fremtidssikres til den forventede modernisering af registerforskrifterne.

6.15. Plan for elementer i behandlingstilbuddet

Samarbejde med kommuner og sundhedsvæsen

For at opnå den maksimale behandlingssucces er integrationen mellem behandlingsindsatsen og den sociale og sundhedsmæssige indsats yderst nødvendig.

- Forpligtende samarbejdsaftaler med kommunerne skal forhandles med aftale om blandt andet fælles mål og afstemte indsatser mellem parterne
- Forpligtende samarbejdsaftaler med sundhedsvæsenet skal forhandles

Oplysning om behandling og behandlingsmuligheder

Oplysning om rusmidler generelt varetages af Paarisa. Oplysningsindsatsen under planen skal være omkring:

- Behandlingsmuligheder

- At misbrug er udbredt og ikke forbeholdt socialt udsatte
- Deltagelse i behandling er et sundhedstegn
- Behandling af misbruget nytter
- "Tassa" telefonlinje om misbrug og misbrugsbehandling oprettes alle hverdage i dagtiden til Videnscenter for Misbrug

Multidimensional misbrugskortlægning

Kortlægningen er nødvendig for at få et samlet overblik over misbrugerens behandlingsbehov

- Alle misbrugere skal have udført multidimensional misbrugskortlægning med et valideret instrument før henvisning til behandling.

Struktureret efterforløb

Efterforløb med skabelse af nye netværk og understøttelse af behandlingseffekten må opfattes som en del af behandlingsforløbet. Tilbuddet skal være struktureret og tilrettelægges efter brugerens behov og kan være fx AA andre grupper eller forløb i det lokale familiecenter eller lignende.

- Kommunerne udarbejder retningslinjer for og tilrettelægger strukturerede efterforløb i samarbejde med Videnscenter for Misbrug inddrages
- Alle misbrugere skal have lavet en plan for et struktureret efterforløb. Denne plan skal foreligge inden henvisning til misbrugsbehandling

Handlingsplaner

- Alle misbrugere med behov skal have udarbejdet en social handlingsplan, der mindst dækker områderne afdækket ved misbrugskortlægningen. Vejledning for handleplanerne udarbejdes af kommunerne i samarbejde med Videnscenter for Misbrug. Den kommunale handlingsplan skal foreligge inden henvisning til misbrugsbehandling
- Alle misbrugere med behov for sundhedsmæssige udredning og behandling, der relaterer sig til misbruget eller som har betydning for behandlingen, skal have lavet en udrednings- og behandlingsplan. Denne plan skal foreligge inden henvisning til misbrugsbehandling.
- Retningslinjer for henvisning af misbrugere til sundhedsbehandling, der tager hensyn til behovet for akut behandling, udarbejdes af Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.
- Retningslinjer for behandling følger sundhedsvæsenets retningslinjer for området

Selvhjælpsmateriale

Selvhjælpsmateriale kan brugt rigtigt have positiv effekt på misbruget, specielt hos velfungerende misbrugere.

- Departementet for Sundhed skal i regi af Paarisa udarbejde selvhjælpsmateriale omkring misbrug af alkohol, hash og spil.

Behandlingstilbud

- Der skal i regi af Videnscenter for Misbrug udarbejdes klare visitationskriterier til de forskellige behandlingstrin
- Pilotprojektet for familier i "Tidlig Indsats" med børn skal fortsætte. Det kræver tværsektorielt samarbejde, omkring struktur og økonomi. Der skal nedsætte en arbejdsgruppe om dette.
- Øvrige planer på behandlingsområdet, der skal implementeres, er beskrevet i kapitel 6.

Afrusning og abstinensbehandling ved alkoholisering systematiseres

- Sundhedsvæsenet skal sikre opdaterede retningslinjer for afrusning og abstinensbehandling.

- Sundhedsvæsenet reviderer løbende vejledning om abstinensbehandling og gør den tilgængelig på intranettet
- Abstinensscoringssystem (Gossip) afprøves og tages i brug for ambulante patienter
- Abstinensscoringssystem (WSA) afprøves og tages i brug for indlagte patienter
- Der udvælges og tages et scoringssystem for abstinenser ved hashmisbrug i brug.

Farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling specielt i kombination med psykosocial behandling øger den samlede behandlingseffekt. Den farmakologiske behandling styrkes gennem:

- Sundhedsvæsenet skal udarbejde retningslinjer for brug af farmakologisk understøttende behandling ved alkoholmisbrug og skal indrapportere brugen til det Nationale Misbrugsregister
- Brugen af farmakologisk behandling indrapporteres til og overvåges i den Nationale Misbrugsdatabase
- Der oprettes en central konto til farmakologisk behandling med Acamprosat og opoidhæmmere.

Selvhjælpsgrupper

- Oprettelse af selvhjælpsgrupper med eller uden behandler i kommunalt regi skal styrkes, fx med basis i familiecentrene.
- Misbrugere skal gives viden om øvrige selvhjælpsgrupper i NGO regi, som fx AA

Videnscenter for misbrug

- Der oprettes et Videnscenter for Misbrug med egen bestyrelse
- Videnscenter for Misbrug har følgende opgaver:
 1. Koordinere af den nationale indsats, 2. Varetage den Nationale Misbrugsdatabase, 3. Overvåge og evaluere misbrugsindsatsen, 4. Sikre at behandlingen sker ud fra nyeste viden og "best practise", 5. Ansvar for uddannelse og kompetencer, 6. Udarbejde visitationskriterier og øverst ansvarlig for visitation, 7. Øverst ansvarlige for information og formidling omkring misbrugsbehandling, 8. Godkende og overvåge private behandlingstilbud, 9. Øverst ansvarlige for supervision behandlere, 10. Udvikle tilbud til grupper der i dag ikke har tilbud om misbrugsbehandling, 11. Øverste organ for tværsektoriel koordinering og samarbejde, 12. Medvirke til offentlig- private partnerskaber på misbrugsområdet, 13. Udarbejde samarbejdsaftaler.
- Videnscenter for Misbrug skal repræsenteres i Alkohol- og Narkotikarådet.
- Videnscentret skal i 2015 deltage i og senere overtage forhandlingerne med private udbydere

Den Nationale misbrugsdatabase

- Der oprettes en National Misbrugsdatabase.

Implementering

- Planen udrulles gradvis gennem 1) at starte i en pilotkommune/-region og 2) evalueres inden videreudrulning
- Familier bliver prioriteret så længe der er begrænset behandlingskapacitet

7. Uddannelsesindsatsen

En betydelig uddannelsesindsats er afgørende for realiseringen af denne plan. Den planlagte uddannelsesindsats har 2 niveauer:

1. Uddannelse af MisbrugsNøglePersoner
2. Uddannelse af misbrugskonsulenter

Der er tidligere foreslået en indsats med 3 niveauer (Departementet for Sundhed, 2012), men det opfattes som for bureaukratisk tungt i forhold til den ekstra positive effekt, det vil have.

Borgernes muligheder for misbrugsbehandling samt andre relaterede tilbud skal være kendt og synlige for alle instanser: sundhedsvæsenet, beskæftigelsesområdet, socialforvaltninger, børne- og familieforvaltninger, samt undervisningssektoren. Dette kræver en systematisk opkvalificering af personalet indenfor disse områder.

7.1. Uddannelsen sammensætning

Uddannelsesindsatsen bygger på internationale anbefalinger omkring behandlingsmetoder og behandlingselementer. Grundelementerne er som beskrevet i kapitel 4.

Vi har i denne plan valgt at bygge videre på den uddannelse, der i dag er basisuddannelse for alkoholbehandlere i Danmark. Den opfylder de internationale anbefalinger og tilbydes af Sundhedsstyrelsen. Uddannelsen er modulopbygget og består af 6 moduler. Hvert modul er et intensivt forløb på 2 – 4 dage.

Sundhedsstyrelsens uddannelse tilrettes til den grønlandske kontekst og udvides til også at omfatte misbrug af hash og spil.

Uddannelsen vil omfatte:

Forløb 1: Sundhedsstyrelsen modul 1 (Introduktion til alkoholområdet) og modul 2 (Den motiverende samtale) samt andet misbrug og grønlandske forhold, i alt 7 dage

Forløb 2: Sundhedsstyrelsen modul 3 (Kognitiv misbrugsbehandling: Baggrund og formelle rammer) og modul 4 (Kognitiv behandling af alkoholmisbrugere) og ekstra dage om hash og ludomani, i alt 7 dage

Forløb 3: Sundhedsstyrelsen modul 5 (Alkoholbehandling i familieperspektiv) og modul 6 (Andre metoder, døgnbehandling, afslutning af behandlingsforløb, Kvalitetsudvikling) mere om ekstra om familiebehandling i grønlandsk sammenhæng samt visitation til behandling, i alt 7 dage.

7.2. Uddannelse af MisbrugsNøglePersoner

MisbrugsNøglePersonerne er indgangsporten til behandlingssystemet. Deres opgaver er nærmere beskrevet i afsnit 6.1. Det er ønsket, at der på sigt er nøglemedarbejdere overalt i landet i kommuner (skoler, andre institutioner, arbejdspladser, familiecentre, socialforvaltninger og blandt miljømedarbejdere) og i sundhedsvæsenet. Det optimale er, at der er 2 nøglemedarbejder hvert sted. Der vil ikke blive stillet krav om tidligere uddannelse, men en gymnasial uddannelse vil være en fordel som basis.

MisbrugsNøglepersonernes uddannelse:

Forløb 1: Sundhedsstyrelsen modul 1 (Introduktion til alkoholområdet) og modul 2 (Den motiverende samtale) samt andet misbrug og grønlandske forhold, i alt 7 dage. Denne uddannelsesindsats kan varetages af Brancheskolen for Sundhedsuddannelser.

7.3. Grunduddannelse for misbrugskonsulenter

Misbrugskonsulenterne visiterer til behandling og udfører selv ambulante misbrugsbehandling og kortere intensive forløb. Deres opgaver er nærmere beskrevet i afsnit 6.3.

Misbrugskonsulenternes grunduddannelse:

Forløb 1, 2 og 3 som beskrevet i afsnit 7.1.

Adgangskravet til uddannelsen er i udgangspunkt en mellemlang videregående uddannelse indenfor det socialfaglige, pædagogiske eller sundhedsfagligt område, fx socialrådgivere, pædagoger, psykologer og sundhedsfagligt personale, men andre med særlige kompetencer vil også kunne ansøge om at få uddannelsen. Private misbrugsbehandlere skal også have gennemført grunduddannelse for misbrugsbehandler for at kunne varetage misbrugsbehandling.

7.4. Overbygning på grunduddannelsen

Grunduddannelsen giver ikke tilstrækkeligt fagligt niveau til at kunne udføre kvalificeret misbrugsbehandling uden supervision. Alle misbrugsbehandlere skal derfor på sigt også have en diplomgivende efteruddannelse indenfor den behandlingsmetode, der udbydes. Indtil dette er opnået udføres behandlingen under supervision.

Nedenfor ses en oversigt over efteruddannelser, som kan anbefales. Efteruddannelsestilbudene er målrettet personale, der skal arbejde ved ambulante misbrugsbehandlingstilbud.

Titel	Indhold	Varighed	Adgangskrav
Introduktion til kognitive behandlingsformer	Introduktion til grundlaget for kognitiv terapi, for bredt anvendte redskaber og terapeutiske virkemidler.	Kurset er opbygget i 2 moduler á 3 dage, dvs. 6 dage i alt.	Mellemlang videregående uddannelse.
Tværfagligt kursus i kognitiv terapi ved misbrug	Kurset omhandler grundprincipper for kognitiv terapi, den kognitive misbrugsmodel, den terapeutiske og motiverende proces i misbrugsbehandlinger samt principper for tilbagefaldsforebyggelse gennem træning af mestringsfærdigheder. Endvidere gennemgås særlige vanskeligheder ved behandling af klienter med forstyrrede personlighedstræk.	Kurset er opbygget i 4 moduler á 3 dage, dvs. 12 dage i alt.	Mellemlang videregående uddannelse, eller gennemgået introduktion til kognitiv behandlingsformer og klientkontakt.
Kognitive behandlingsformer – tværfagligt videregående	Undervisning i kognitive behandlingsformer med fokus på specifikke diagnoser.	Kurset er opbygget i 2 moduler á 4 dage samt 2	Mellemlang videregående uddannelse, samt alle med introduktion til

kursus		moduler á 3 dage, dvs. 14 dage i alt.	kognitiv behandlingsformer og klientkontakt.
--------	--	---------------------------------------	--

7.5. Yderligere overbygninger på misbrugskonsulentuddannelsen

Da der er et stort behov for misbrugsbehandling hos familier med børn ønskes at misbrugskonsulenterne har en godkendt efteruddannelse indenfor dette område. Her tænkes specielt på småbørnsmisbrugskonsulentuddannelsen, der allerede udbydes i Grønland gennem Brancheskolen for Sundhedsuddannelser samt Familieterapeutuddannelsen. Herudover er godkendte diplomuddannelser indenfor kognitiv terapi også yderst relevante.

7.6. Supervision

MisbrugsNøglePersoner og misbrugskonsulenter skal tilbydes løbende supervision for at sikre, at behandlingen udføres korrekt og for at sikre, at behandlingsarbejdet fortsat udvikler sig indenfor de valgte metodemæssige rammer. Det forventes, at nøglemedarbejderne superviseres af de regionale misbrugsbehandlingskonsulenter og at de regionale misbrugskonsulenter superviserer hinanden på tværs eller får supervision fra Videnscenter for Misbrug.

Der er flere forskellige udbydere af supervisorsuddannelser og valget afhænger af, hvilken metode man skal supervisere indenfor. En godkendt supervisorsuddannelse har tidligere været udbudt i Grønland gennem Brancheskolen for Sundhedsuddannelser.

7.7. Integration af MisbrugsNøglePersonuddannelsen i bacheloruddannelserne

Da bacheloruddannet personale, som sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger og lærere oftest er frontpersonale i forhold til at opspore og medvirke til visitation til et behandlingstilbud er der et stort behov for, at MisbrugsNøglePersonuddannelsen lægges ind i curriculum for disse uddannelser.

7.8. Plan for gennemførelse og videreførelse af uddannelsesindsatsen

På sigt skal alle byer og større bygder have MisbrugsNøglePersoner. Uddannelse af MisbrugsNøglePersoner startes i planens 1. år med et kursus for 20 nøglepersoner, 10 fra pilot kommunen sammen med 10 fra sundhedsvæsenet. Ønsket er, at der er MisbrugsNøglePersoner i sundhedsvæsenet og i pilotkommunen efter 1. indsatsår.

I Planens 2. og 3. år tilbydes uddannelsen af nøglepersoner til øvrige kommuner/regioner med 3 hold. Herefter forventes uddannelsen af skulle tilbydes hvert 2. eller 3. år, med start i planens 4. år.

Uddannelsen af misbrugskonsulenter starter i planens 1. år idet forløb 1-3 tilbydes 15 – 20 bachelorer i løbet af 1. år. Uddannelsen af misbrugskonsulenter gentaget i planens 2. år med 1 kursus og ved behov i planens 5. år.

Uddannelsen af nøglepersoner forventes at kunne ske med lokale undervisere fra planens 4. år.

7.10. Plan for uddannelsesindsatsen

- I planens 1. år uddannes 1 hold MisbrugsNøglePersoner af 20 deltagere fra pilotkommunen og fra sundhedsregionen
- I planens 2. og 3. år uddannes et hold misbrugskonsulenter på 15-20 deltagere til misbrugscentre/ fra private tilbud
- I planens 2. og 3. uddannes MisbrugsNøglePersoner til øvrige kommuner og regioner, 3 hold, herefter tilbydes uddannelsen hvert 2. -3. år ved behov
- Tidligt i planens 2. år fortsættes videreuddannelsen af Misbrugskonsulenterne indenfor kognitiv terapi
- Øvrige uddannelsesindsatser for misbrugskonsulenter planlægges individuelt
- Fra planens 4. år forventes, at MisbrugsNøglepersonUddannelsen indgår i curriculum på bacheloruddannelserne
- Funktionstillæg som MisbrugsNøglePerson og misbrugskonsulent forhandles under relevante overenskomster

8. Tidsplan og økonomi

8.1. Potentielle gevinster ved mindre misbrug

Økonomisk er der gevinster for alle samfundssektorer ved mindre misbrug. De samlede omkostninger bare til alkoholrelaterede lidelser anslås i andre vestlige lande at udgøre mellem 1 og 6 % af BNP, svarende i Grønland til en udgift på mellem 152 og 827 mio. kr. årligt. Med det misbrug vi ser i dag og de betydelige sociale følger, det medfører, forventes de faktiske omkostninger at være i den højere ende af dette estimat.

”Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster” (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014) konkluderede, at der er store gevinster ved en målrettet indsats, der kan nedbringe rusmiddelmisbruget i Grønland. Der er både store samfundsmæssige gevinstpotentialer og individuelle potentialer i form af vundne leveår, forbedring af helbredsstatus og livskvalitet samt at bryde den sociale arv og mindske den sociale ulighed i sundhed (se afsnit 2.1).

Gevinsterne ligger i undgåede udgifter til fx behandling i sundhedsvæsenet og til socialhjælp, sygedagpenge, førtidspensioner, hjemmehjælp, handicapinstitutioner og anbringelse af børn, men også højere gennemførelse af uddannelser, højere andel i erhverv, mindre sygefravær, øget arbejdsindtægt og dermed et højere beskatningsgrundlag vil ses. Modregnes skal dog indtægten fra alkoholafgifter.

Da de økonomiske beregninger i *”Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster”* for de flestes vedkommende havde baggrund i tal fra udlandet, herunder Danmark arbejdes i foråret 2015 på, så vidt det er muligt, at beskrive de økonomiske konsekvenser ud fra grønlandske data, således at beslutningsgrundlaget for de fremtidige indsatser bedres.

8.1.1 Misbrugere modtager 3 gange flere kommunale ydelser

Misbrugere forbruger omkring 3 gange så mange kommunale ydelser end andre voksne borgere. Dette er fundet for de danske kommuner, at personer, der har været indlagt med en alkoholrelateret lidelse eller har været i alkoholbehandling, d.v.s. den synligste del af misbrugere. Tallene er minimumstal, da der også blandt andre voksne borgere er en del med misbrug. Alkoholgruppen både modtog flere ydelser og mere omkostningskrævende ydelser, idet omkostningerne til ydelser til misbrugere generelt var endnu større end overforbruget af ydelser. Specielt var kommunale ydelser til anbringelser af børn over 7 gange højere end for andre voksne borgere.

I sit sociale bæredygtighedsprojekt *”Et bedre familieliv”* har Qeqqata Kommunia beskrevet, at ved et reddet barn, der undgår anbringelse og kronisk arbejdsløshed, undgår kommunen en udgift til anbringelse på 18 mio. kr. og tabt produktion over livet på 10,5 mio. kr. Hertil kommer de afledte positive effekter af sunde familierelationer, der betyder bedre mulighed for at undgå negativ social arv.

8.2 Hvad bruger vi i dag på misbrugsbehandling

Udgiften til misbrugsbehandling i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse har været stigende. Specielt kommer flere fra *”Tidlig indsats”* i behandling, men der har også været en tendens til at kommunerne henviste flere til behandling. Bevillingen i finanslov 2013 var 8,3 mio. kr. til misbrugsbehandling og til misbrugsbehandling under *”Tidlig indsats”* var afsat 2,0 mio. kr. i alt 10,3 mio. kr. Heraf finansierer kommunerne 3,1 mio. kr. Forbruget i 2013 var 0,8 mio. kr. større end bevillingen.

Kommunerne har herudover afsat midler i budget 2013 til lokale misbrugsbehandlings initiativer.

8.3. Tidsplan for modellen omkring gratis misbrugsbehandling

Nedenstående tidsplan for perioden 2015 til 2019 (se Tabel 8.1) er udarbejdet ud fra de indsatser, der er beskrevet i de foregående kapitler.

År 1	
Organisation	Videnscenter for Misbrug, med opgaver som beskrevet, oprettes
	Den National Misbrugsdatabase oprettes
	Bestyrelsen for Videnscenter for Misbrug vælges
	Forpligtende samarbejdsaftale med pilotkommunen udarbejdes
	Regionalt misbrugscenter i pilotkommune oprettes
	Forpligtende samarbejdsaftale med sundhedsvæsenet i pilotkommunen udarbejdes
	Indhold i handleplaner for efterfølgende, kommunale og sundhedsindsats afklares
	Videnscenter for Misbrug repræsenteres i Alkohol- og narkotikarådet
Forebyggelse	Forebyggelsen på alkoholområdet fortsættes ud fra "Handlingsplan for alkoholområdet i Grønland 2013-2019"
	Handlingsplan under "Inuuneritta" for hash udarbejdes
	Ny alkohollovgivning fremsættes ved EM 2015 eller snarest herefter
Multidimensional misbrugskortlægning	Oversættelse og afprøvning i pilotkommunen af skema til multidimensional misbrugskortlægning
Efterfølgendeplan	Skema for efterfølgendeplan afprøves i pilotkommunen
Handlingsplaner	Skema til social handlingsplan afprøves
	Skema til afrapportering af behandlingsplan og retningslinjer for henvisning til sundhedsvæsenet udarbejdes og afprøves
Behandling	Tværsektoriel arbejdsgruppe om særligt tilbud til familier i "Tidlig Indsats" med børn nedsættes
	Udarbejdelse af vejledning til behandlere og til misbrugere om farmakologisk behandling
	Der oprettes en central konto til farmakologisk behandling med Acamprosat og opoidhæmmere
Uddannelse	Et hold MisbrugsNøglePersoner af 20 deltagere fra pilotkommunen og sundhedsregionen uddannes
	Et hold Misbrugskonsulenter på 15-20 deltagere uddannes
	Funktionstillæg som MisbrugsNøglePerson og misbrugskonsulent forhandles under relevante overenskomster
År 2	
Organisation	Ultimo evalueres indsatsen i pilotkommunen/ pilotregionen
	Visitationskriterier til de forskellige behandlinger udarbejdes
	Forpligtende samarbejdsaftaler med øvrige kommuner udarbejdes
	Forpligtende samarbejdsaftaler med øvrige regioner udarbejdes
	Regionale misbrugscentre i øvrige kommuner oprettes
Forebyggelse	Handlingsplan for ludomani udarbejdes
	Misbrugslovgivning fremsættes ved EM 2016 eller snarest herefter
	Revision af færdselsloven forventes fremsat i Folketinget

Multidimensional misbrugskortlægning	Endeligt skema til multidimensional misbrugskortlægning udarbejdes
Efterforløbsplan	Endeligt skema for efterforløbsplan udarbejdes
Handlingsplaner	Endeligt skema til social handlingsplan udarbejdes
	Endeligt skema til afrapportering af behandlingsplan og retningslinjer for henvisning til sundhedsvæsenet udarbejdes
Oplysning	Information om de nye behandlingsmuligheder udarbejdes
	Selvhjælpsmateriale omkring misbrug af alkohol, hash og spil udarbejdes
Behandling	Tilbud til familier i "Tidlig Indsats" med børn oprettes
	Sundhedsvæsenet udarbejder vejledning om abstinensbehandling og gør den tilgængelig på intranettet
	Abstinensscoringssystem (Gossip) afprøves og tages i brug for ambulante patienter
	Abstinensscoringssystem (WSA) afprøves og tages i brug for indlagte patienter
Selvhjælpsgrupper	Selvhjælpsgrupper med eller uden behandler søges oprettet i kommunalt regi og misbrugere gives viden om selvhjælpsgrupper
Uddannelse	MisbrugsNøglePersoner til yderligere 2 kommuner, 2 hold uddannes
	Misbrugskonsulenter til øvrige centre, 1 hold
	Misbrugskonsulenterne videreuddannes indenfor kognitiv terapi
	Individuel uddannelsesindsats for misbrugskonsulenter planlægges
År 3	
Organisation	Behandlingssystemet implementeres fuldt i øvrige kommuner/sundhedsregioner
Forebyggelse	Afgiftssystemet ændres til pristalsregulering
Oplysning	Oprette "Tassa" telefonlinje om misbrug og misbrugsbehandling
Behandling	Brugen af farmakologisk behandling startes dokumenteret i den Nationale Misbrugsdatabase
Uddannelse	MisbrugsNøglePersoner til sidste kommune, 1 hold uddannes
År 4	
Organisation	Behandlingssystemet implementeres fuldt i øvrige kommuner/sundhedsregioner
Behandling	Der afprøves og tages et scoringssystem for abstinenser ved hashmisbrug i brug
	MisbrugsNøglePerson-uddannelsen integreres i curriculum på bacheloruddannelserne
År 5	
Organisation	Ekstern evaluering af misbrugsbehandlingen
Uddannelse	MisbrugsNøglePerson-uddannelsen gentages for 1 hold (og herefter hvert 2. – 3. år ved behov)
	Ekstra hold Misbrugskonsulenter uddannes (ved behov)

Table 8.1 Tidsplan for implementering af plan for misbrugsbehandling

8.4. Økonomiske behov ved implementering af vederlagsfri misbrugsbehandling

Umiddelbart er det store beløb, der skal afsættes til misbrugsbehandling, men som det fremgår i kapitel 2 er indsatsen i høj grad samfundsmæssig bæredygtig.

Indsatsen er meget intensiv i planens første år med oprettelsen af Videnscenter for Misbrug, en betydelig uddannelsesindsats og oprettelse af Misbrugscentre i alle kommuner i løbet af planens første 3 år. Herefter er planens 4. år primært et drifts år, hvorefter den samlede indsats evalueres i planens 5. år. Den skitserede plan er integreret og bør implementeres i sin helhed for at opnå det største udbytte af indsatsen.

Det er tilstræbt i planen, at medtage alle udgifter til den fremtidige misbrugsbehandling uanset hvilket ressortområde, der i dag almindeligvis afholder disse udgifter. Det gælder fx for planens uddannelsesindsats. Da ressortansvaret for misbrugsbehandling er under Departementet for Sundhed, er dog ikke afsat midler til de indsatser, der skal planlægges/foregå i sundhedsvæsenet.

Videnscenter for misbrug forventes tidligt i planens 1. år at kunne huses i Departementet for Sundhed eller i sundhedsvæsenet og at flytte i egne faciliteter midt i midten af året. Centrets medarbejdere forventes på grund af sin koordinerende og vejledende funktion at have en del rejseaktivitet alle år.

Misbrugscentre. Der forventes oprettet et center i forsøgskommunen i planens 1. år, 2 centre i planens 2. år og 1 i planens 3. år i de øvrige kommuner. Centrene skal bemannes med 3 misbrugskonsulenter, der skal udføre behandling også i øvrige af kommunens byer og i større bygder. Aktiviteten forventes stigende efterhånden som tilbuddet udbygges og behovet for henvisning til behandling udenfor kommunen aftager. Det forventes, at det i samarbejdsaftalen med Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse kan inkluderes, at sundhedsvæsenets faciliteter kan bruges af misbrugskonsulenterne og medarbejdere i Videnscentret i forbindelse med deres rejser.

Behandling udover misbrugscentrene. Økonomien udgøres primært af behandling i dagtilbud, i øjeblikket Katsorsaavik Nuuk. Der forventes et vist pres på dette tilbud når det bliver vederlagsfrit, hvorfor der er afsat ekstra midler de første år. Herefter forventes de lokale tilbud at overtage flere behandlinger.

Informationsindsats. Informationsindsatser er omkostningstunge. Der er specielt afsat midler til informationsindsats omkring det nye tilbud om vederlagsfri behandling og at behandling nytter.

Uddannelse. Der er afsat midler til al uddannelse under planen. De kompetencer, der erhverves i de planlagte uddannelser, vil kunne bruges bredt indenfor social-, uddannelses- og sundhedsområdet.

Evaluerings. Der er udelukkende afsat midler til evaluering, når denne skal udføres helt eller delvis af eksterne konsulenter.

Det er forventningen, at behovet for misbrugsbehandling er størst indenfor de første 5 år og at det herefter falder. Misbrugscentrene oprettes med 3 medarbejdere og ½ kontorassistent/tolk under opstarten. Der oprettes et center i planens 1. år, 2 i planens 2. år og det sidste i planens 3. år.

Det forventes, at behovet fra 2020 er mindsket, således at 2 Misbrugskonsulenter på centrene er nok til at dække behovet. Herudover forventes, at dele af behandlingsindsatsen vil kunne foregå over internettet, så en del rejseaktiviteter kan undgås. På sigt vil det måske være muligt at reducere antallet af misbrugscentre mod en større rejseholdsaktivitet fra de øvrige og fra Videnscenter for Misbrug.

		År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
Videnscenter for Misbrug	3 akademiske medarbejdere (1 overlæge, 1 chefkons, 1 AC) og 1 tolk/sekretær.	2.700	2.700	2.700	2.700	2.700
	Husleje etc.	180	360	360	360	360
	Inventar, kontorhold etc.	500	300	300	300	300
	Rejser etc	250	250	250	250	250
	Databasesystem og licenser	250	50	50	50	50
	Efteruddan. /konferencer	50	150	100	100	100
	Diverse (tryk, layout etc.)	300	300	300	300	300
I alt		4.230	4.110	4.060	4.060	4.060
National datab.	Konsulenthjælp	300	300	200	200	200
I alt		300	300	200	200	200
Bestyrelsen	1 fysisk møde årligt	100	100	100	100	100
	Diverse	10	10	10	10	10
I alt		110	110	110	110	110
Samarbejdsaft.	2015 pilotkom., 2016 øvr.	150	50	50	50	50
I alt		150	50	50	50	50
Misbrugscentre	3 MK'er/center	750	4.500	6.000	6.000	6.000
	½ sekretær	200	600	800	800	800
	Husleje etc.	180	1.080	1.440	1.440	1.440
	Inventar etc.	300	600	900	500	500
	Lokalbehandling (rejser, ophold, dagpenge etc.)	250	1.250	2.000	2.000	2.000
	Efteruddannelse	-	200	400	400	400
	Diverse (arrangementer, trykning, layout etc)	50	150	200	200	200
I alt		1.730	8.380	11.740	11.340	11.340
Forebyggelse	Handlingsplan hash	-	-	-	-	-
	Handlingsplan ludomani	-	-	-	-	-
	Ny alkohollovgivning	-	-	-	-	-
	Misbrugslovgivning	-	-	-	-	-
	Revision af færdselsloven	-	-	-	-	-
	Ændring af afgiftssystem	-	-	-	-	-
	Informationsmateriale (trykning, layout)	200	400	400	400	400
I alt						

		200	400	400	400	400
Før henvisning	Misbrugskortlægning (pilot, implementering)	100	100	50	-	-
	Efterforløb: (Arb. gr., pilot, implementering)	150	150	100	-	-
	Social handlingsplan (pilot, implementering)	100	150	50	-	-
	Plan og retningslinjer for henvisning til SHV	100	150	50	-	-
I alt		450	550	250	-	-
Behandling	Dagbehandling	11.000	11.000	9.430	6.810	6.190
	Arb. gr. særligt tilbud børnefamilier	50	50	-	-	-
	Særligt tilbud børnefamilier	100	1.500	1.500	1.500	1.500
	Abstinensbehandling	150	150	100	100	100
	Abstinens hash				100	100
	Farmakologisk behandl.	50	100	150	150	150
	Pulje selvhjælpsgrupper	100	100	100	100	100
I alt		11.450	12.900	11.280	8.760	8.140
Information	Farmakologisk beh.	100	30	30	30	30
	National telefonlinje		100	200	200	200
	Misbrugsbehandling	1.000	1.500	500	500	500
	Selvhjælpsmateriale	500	250	50	50	50
	Abstinensbehandling og scoringssystemer	150	100	100	100	100
I alt		1.750	1.980	880	880	880
Uddannelse	1 hold MNP'er, 20 delt.	550	1.650	1.100	550	550
	1 hold MK'er 15-20 delt.	1.650	1.650	-	-	(1.650)
	Videreuddannelse kognitiv terapi	-	550	-	-	-
	MNP uddannelsen i Bacheloruddannelsen	-	-	500	1.000	1.000
	Funktionstillæg MNP og MK	-	500	1.000	1.300	1.300
I alt		2.200	4.350	2.600	2.850	4.500
Evaluering	Pilotprojekt evalueres	50	250	-	-	-
	Evaluering, misbrugsbehandlingen	-	-	-	-	500
I alt				-	-	

	50	250			500
Totale udgifter til planen	22.620	33.380	31.570	28.650	30.180
Pris for nuværende tilbud i regi af Selvstyret*	10.800	10.800	10.800	10.800	10.800
Nødvendige ekstra midler til realisering af planen	12.720	23.480	21.670	18.750	20.280

Tabel 8.2. Budget for misbrugsbehandlingstilbuddet i de første 5 år af planen

* Under forudsætning af samme forbrug som realiseret i 2014. Muligheden for medfinansiering fra eksisterende midler og puljer vil skulle afdækkes nærmere forud for færdiggørelsen af FFL 2016.

Det realiserede forbrug i 2014 på konto 34.11.05 (Alkoholcentre) og Børne- og ungestrategien var knap 9,9 mio. kr. Herudover afsættes fra Inuuneritta 0,5 mio. kr. og til uddannelse 4,4 mio. kr. Sundhedsvæsenet har herudover brugt knap 0,8 mio. kr. årligt frem til nu til pilotprojektet om familiebehandling, men der skal sikres midler for at kunne opretholde projektet fra medio 2015 og året ud. Kommunerne købte behandlinger for knap 3,8 mio. kr. Hertil kommer at enkelte kommuner bruger private misbrugsbehandlingstilbud, som det ikke har været muligt at værdifastsætte.

8.5. Afsluttende bemærkninger

”Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling” beskriver et integreret og forskningsbaseret behandlingstilbud for alkohol- og hashmisbrug samt ludomani. Målet er, at misbrugsproblemer identificeres tidligst muligt og at misbrugeren og de pårørende hurtigt får hjælp.

Planen lever i høj grad op til koalitionsaftalens mål om at skabe et Grønland med lige vilkår, der danner rammen om et fysisk og åndeligt stærkt folk. Den har borgeren i centrum og betyder, at vi i fremtiden kan give et mere fleksibelt behandlingstilbud til misbrugere tæt ved deres hjem. Et tilbud der inddrager forløbet efter endt behandling og som ved behov er koordineret med tilbud fra sundhedsvæsenet eller den lokale kommune.

Planen er fremsat som et forslag, da der ikke er afsat midler til den på FFL 2015.

Hele samfundet får gavn og økonomisk gevinst af at færre har et misbrug. De mest nærliggende gevinster er: at bryde den sociale arv, at flere får en uddannelse, at flere bliver reelt til rådighed for arbejdsmarkedet, færre sygedage og fravær, mindre behov for sociale ydelser, færre anbringelser, færre ulykker, færre seksuelle overgreb, mindre vold og anden personfarlig kriminalitet samt færre tabte leveår, bedre sundhed og på sigt lavere udgifter til sundhedsbehandling.

”Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling” har udover en stor selvstændig effekt på befolkningens sundhed og velbefindende også en betydeligt synergieffekt med indsatser i Selvstyret og kommunerne specielt på det sociale område, erhvervsområdet og uddannelsesområdet.

9. Litteratur

- COPELAND, J., FREWEN, A. & ELKINS, K. 2009. Management of cannabis use disorder and related issues - a clinician's guide. Sydney: National Cannabis Prevention and Information Centre, University of New South Wales.
- DEPARTEMENTET FOR SUNDHED 2012. Redegørelse omkring fremtidige alkoholbehandlingstilbud. Nuuk: Departementet for Sundhed.
- DEPARTEMENTET FOR SUNDHED 2013. Handleplan for alkoholområdet i Grønland 2013 – 2019. Nuuk: Departementet for Sundhed.
- DEPARTEMENTET FOR SUNDHED OG INFRASTRUKTUR 2013. Forslag til kræftplan 2013 EM 2013. Nuuk: Departementet for Sundhed og Infrastruktur.
- DEPARTEMENTET FOR SUNDHED OG INFRASTRUKTUR 2014. Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster FM 2014. Nuuk: Departementet for Sundhed og Infrastruktur.
- KATSORSAAVIK NUUK 2013. Årsrapport 2012. Nuuk: Katsorsaavik Nuuk Aps.
- LARSEN, C. & ET AL 2013. Harmful alcohol use and frequent use of marijuana among lifetime problem gamblers and the prevalence of cross-addictive behaviour among Greenland Inuit: evidence from the Cross-sectional Inuit health in transition Greenland survey 2006-2010. *Int J Circumpolar Health*, 72.
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND CARE EXCELLENCE 2011. Alcohol dependence and harmful alcohol use quality standard. *NICE quality standards [QS11]* London: NICE.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2006. Alkoholbehandling - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen.

