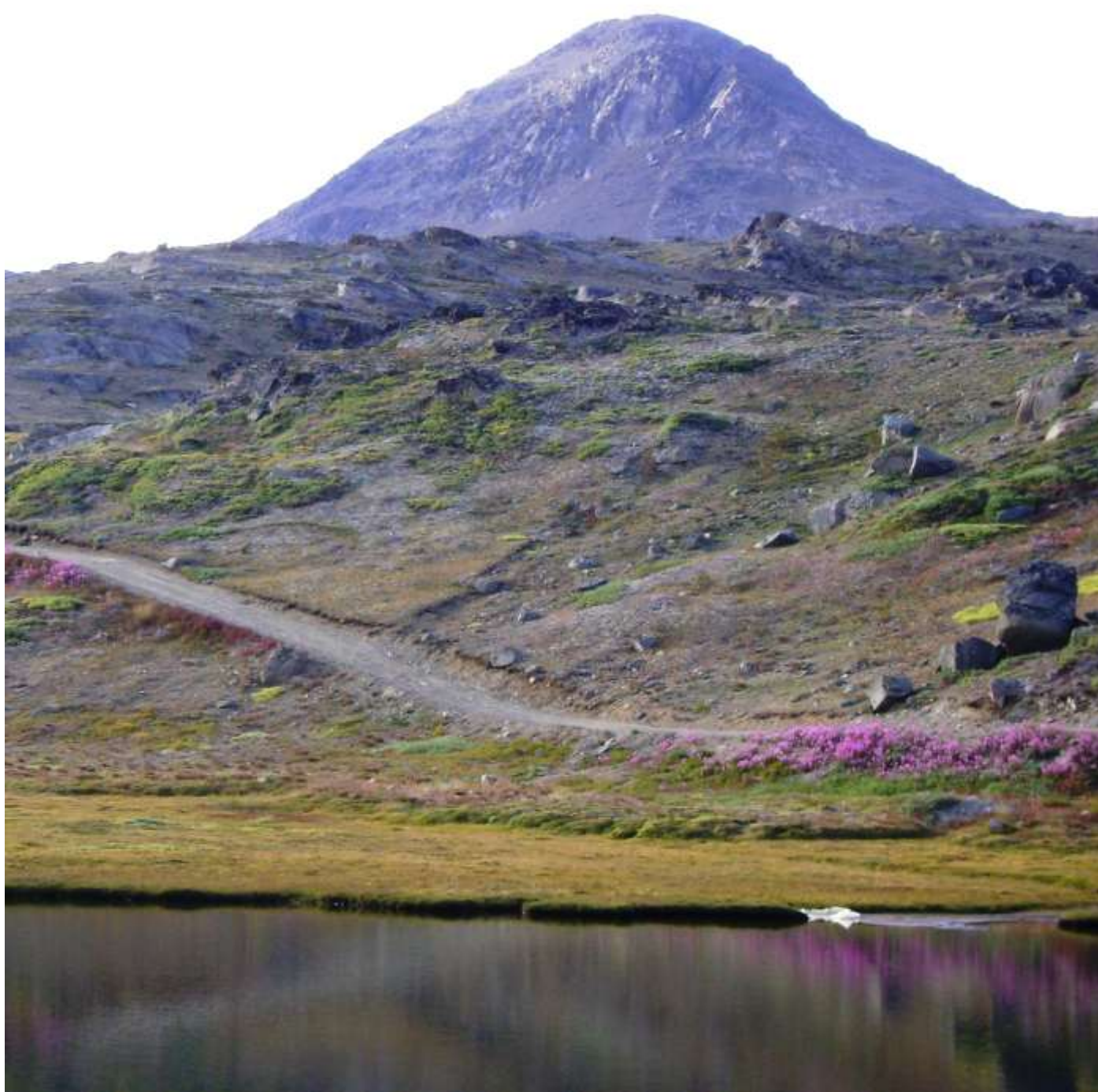




Misbrugsbehandling behov og samfundsmæssige gevinster

Departementet for Sundhed og Infrastruktur



Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	1
1. Resume og konklusion.....	2
1.1. Sammenfatning omkring misbrug og hvem det rammer.....	2
1.2 Sammenfatning af misbrugets konsekvenser.....	3
1.3 Sammenfatning omkring behovet for misbrugsbehandling.....	3
1.4. Samfundsmæssige gevinster ved at indføre et vederlagsfrit misbrugsbehandlingstilbud.....	4
2. Baggrund.....	7
2.1. Formålet med redegørelsen.....	7
3. Brug og misbrug af rusmidler.....	8
3.1. Alkoholforbrug og alkoholafgifter.....	9
3.2. Alkoholmisbrug - definitioner.....	10
3.3. Viden om rusmiddelbrug i Grønland.....	10
4. Misbrugets konsekvenser.....	16
5. Udbud og brug af misbrugsbehandling i dag.....	22
5.1. Andelen i behandling med midler mod alkoholafhængighed.....	22
5.2. Behandlingstilbuddet i Katsorsaavik.....	22
5.3. Misbrugsbehandling i kommunerne og i privat regi.....	24
5.4. Behov for misbrugsbehandling.....	25
6. Økonomiske omkostninger ved misbrug.....	27
6.1 Omkostninger ved alkoholbrug opgjort i forhold til bruttonationalproduktet.....	27
6.2. Sundhedsudgifter.....	28
6.3 Udgifter til kommunale ydelser.....	29
6.4 Økonomiske konsekvenser af udsathed hos børn og unge.....	31
6.5. Tabt arbejdsfortjeneste.....	32
6.6. Tab på grund af alkoholrelateret kriminalitet.....	33
6.7. Udgifter i samfundet som helhed.....	33
7. Sammenfatning og vurdering af de samfundsmæssige gevinster.....	34
7.1. Sammenfatning omkring misbrug og hvem det rammer.....	34
7.2 Sammenfatning af misbrugets konsekvenser.....	35
7.3 Sammenfatning omkring behovet for misbrugsbehandling.....	35
7.4. Samfundsmæssige gevinster ved at indføre et vederlagsfrit misbrugsbehandlingstilbud.....	36
Referencer.....	38

1. Resume og konklusion

Denne redegørelse er udarbejdet med baggrund i, at Inatsisartut ved EM 2013 besluttede, 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 (EM2013/61).*

Redegørelsen har fokuseret 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.

Ud fra det vi ved i dag, har et lille dagligt alkoholbrug, svarende til et glas vin dagligt, en positiv helbredseffekt, idet det kan forebygge hjertekarsygdomme. Det er således blandt storbrugere af alkohol, personer med binge drinking (stort alkoholindtag ved samme lejlighed) eller med et skadeligt alkoholforbrug, at den samfundsmæssige gevinst af et reduceret alkoholindtag skal findes. Brug af hash derimod har intet kendt positivt forebyggelsespotentiale og bør ud fra en samfundsøkonomisk og forebyggelsesbetragtning så vidt muligt elimineres.

Det gennemgående tema for rusmiddelpolitikken har for alkohol været balancen mellem lighed og frihed til at købe og nyde alkohol og hensyn til grupper, der påvirkes negativt af forbruget. For hash har det været og er det fortsat nultolerance.

1.1. Sammenfatning omkring misbrug og hvem det rammer

Samlet er i redegørelsen 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.

Befolkningsundersøgelsen 2005-2007 viste, at 36 % af mænd og 25 % af kvinder havde et potentielt skadeligt alkoholforbrug og at i alt 50 % af mænd og 33 % af kvinder havde 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).

Mange misbrugere har et blandingsmisbrug. 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 forårsaget af og er 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, akutte henvendere til sundhedsvæsenet eller er gravide familier med særlige behov.

Der er også blandt både unge og voksne tegn på, at misbruget flytter ud fra Nuuk til andre byer og bygder og at misbruget blandt socialt stærke grupper bliver mindre.

1.2 Sammenfatning af misbrugets konsekvenser

Misbrug anses i Inuuneritta II (Folkesundhedsprogrammet for 2013-2019) for at være det mest betydelige folkesundhedsproblem i Grønland. Alkohol og hashmisbrug har fysiske, psykiske og sociale konsekvenser. Fysisk rammer misbrug 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 hash 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 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 karakterafvigelser 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.

1.3 Sammenfatning omkring behovet for misbrugsbehandling

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.

Det fremtidige tilbud skal være tilgængeligt for alle, der har et behov, men præcis hvor mange, der skal gives hvilket tilbud har vi i dag ikke helt konkrete tal på. Det må dog konkluderes, at det nuværende tilbud hverken i omfang eller i kompleksitet dækker behovet.

Det er essentielt fremover at kunne sikre et let tilgængeligt tilbud, der tager hensyn til, at misbrug foregår i et kontinuum over livsforløbet og at misbrugere har meget forskellige behandlingsbehov. Der er således behov for et tilbud ved storbrug eller egentligt misbrug, der inkluderer forebyggelse, som motiverer til livsstilsændringer og som indsættes allerede tidligt i en misbrugskarriere. Tilbuddet skal være tilpasset de særlige behov misbrugeren kan have på grund af alder, modenhed, personlighed og eventuel samtidig fysisk og/eller psykisk sygdom.

Misbrugsbehandlingen skal ledsages af vurdering af de sociale behov og følges op af en efterbehandlingsindsats.

En ikke helt lille gruppe af misbrugere har udover misbruget også komplekse eller endog meget komplekse sociale behov. Da de ofte selv er børn af misbrugere er de ofte vokset op i et hjem uden struktur, med ombytning af roller mellem børn og voksne og kan have oplevet vold og seksuelt misbrug. Det betyder, at de kan have behov for en særlig socialpædagogisk indsats for at kunne varetage deres børn og families behov og skal have hjælp til at fastholde misbrugsfrihed og til at komme videre efter ophør af misbrug. Gravide familier med andre børn, og hvor en eller begge forældre er misbrugere, er et eksempel på en gruppe med helt særlige pædagogiske behov.

Misbrugere kan have helt konkrete behov for fx en bolig, der skal dækkes før misbrugsbehandling kan gennemføres. Senere kan misbrugeren selv have behov for hjælp omkring uddannelse og arbejde, deres familie for familiebehandling og deres børn for et særligt tilbud tilpasset netop denne målgruppe.

Nogle specielle grupper har brug for et helt særligt tilbud. Det er grupper, der ikke kan profitere af gruppebehandling, som den praktiseres i dag, men som har behov for et individuelt tilrettelagt tilbud eller et specielt tilrettelagt gruppetilbud. For eksempel et tilbud, der også inkluderer et pædagogisk tilbud, et psykiatrisk eller psykologisk tilbud. Det gælder fx personer med en psykose og vekslende sygdomsindsigt, unge med psykisk sygdom eller personer, der har en personlighedsforstyrrelse.

Hele viften af behandlinger kan ikke gives lige tæt på borgeren. Hvor tæt på bostedet et behandlingstilbud kan gives afhænger således af, hvor intensivt og omfattende et behandlingstilbud, der er behov for ud fra den enkeltes særlige behandlingsbehov. Men målet er altid, at tilbuddet skal gives så tæt på borgeren som det er muligt.

1.4. Samfundsmæssige gevinster ved at indføre et vederlagsfrit misbrugsbehandlingstilbud

Der er for nuværende ikke udført egentlige samfundsmæssige analyser af, hvor meget misbrug belaster systemer og økonomien i Grønland, idet det kræver omfattende og detaljerede data som ikke p.t. er

tilgængelige. Derfor inddrages danske og udenlandske undersøgelser overført direkte til grønlandske forhold. Resultaterne skal derfor tages med forbehold indtil grønlandske data kan be- eller afkræfte dem.

Selv i udlandet er der få analyser af de samlede samfundsmæssige omkostninger af misbrug og der er klart flest beregninger på omkostningerne af alkoholmisbrug. Beregningsmetoderne og om hvilke omkostninger, der er medtaget varierer også mellem undersøgelserne. Det resulterer i en stor spændvidde i angivelsen af misbrugs samlede samfundsmæssige omkostninger.

- Sammenfattende viser denne analyse, 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.

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 behandlingsmæssige omkostninger forbundet med 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 tal 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 inklusiv 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.

Næste skridt:

- Det næste skridt for nærmere at kunne beregne omkostningerne til negative konsekvenser af misbrug på det grønlandske samfund er opbygning af et bedre datagrundlag.

2. Baggrund

Inatsisartut besluttede ved EM 2013, 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 (EM2013/61).*

Familie – og Sundhedsudvalget lagde i deres betænkning vægt på, at afhjælpning af alkoholmisbrug og anden misbrug er indsatsområder, der skal have den højeste politiske bevågenhed og være blandt de højest prioriterede områder i landet. De udtalte: *”Anser man, at alkoholisme er en sygdom, så er det meget tankevækkende, at man ikke på dette område følger hovedprincippet i den øvrige sundhedspolitik, hvorefter adgangen til sundhedsydelse er lige for alle og gratis.”* (p5-6).

2.1. Formålet med redegørelsen

Formålet med denne redegørelse er at kunne fremlægge den 1. del af arbejdet:

- at analysere behovet for misbrugsbehandling og at analysere de samfundsmæssige gevinster ved at indføre et vederlagsfrit misbrugsbehandlingstilbud.

Herudover rækker redegørelsen frem til 2. del af arbejdet:

- at fremlægge en plan for fremtidens misbrugsbehandlingstilbud ved EM 2014.

Analyser og plan vil dække behovet på hele misbrugsområdet som i dag domineres af alkohol, hash og ludomani (spilafhængighed) og de særlige ønsker og behov forskellige grupper af misbrugere har omkring behandling.

3. Brug og misbrug af rusmidler

Behovet for misbrugsbehandling har snæver sammenhæng med vores forhold og holdning til rusmidler og vores politik på rusmiddelområdet. Begge dele er til stadig debat. For nyligt omkring, hvorvidt hash bør legaliseres og omkring udvidede åbningstider for salg af alkohol.

Et helt gennemgående tema i debatten er balancen mellem lighed og frihed til at købe og nyde rusmidler og sociale og samfundsmæssige hensyn til grupper, der påvirkes negativt af forbruget.

Mens reguleringsmekanismen for hash er forbud har andre værktøjer været brugt omkring alkohol og pengespil. Her har afgifter, regulering af tilladelser og aldersgrænser og for alkohol også rationering og tidsbegrænsninger for handel og udskænkning samt forbud mod hjemmefremstilling alle været og er i brug i Grønland.

Misbrugsområdet hører ressortmæssigt under sundhedsområdet idet misbrug betragtes som en sygdom og fordi misbrug har tæt sammenhæng med udvikling af anden fysisk og psykisk sygdom. Området reguleres i dag efter en lovgivning fra 2000¹. Denne lov er under revision.

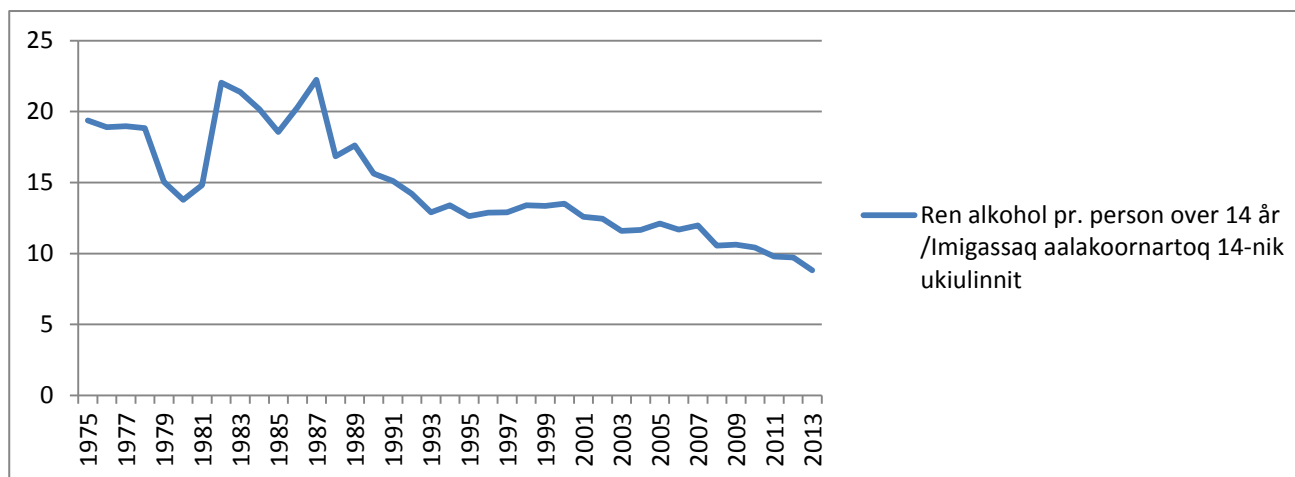
Det er den almindelige opfattelse, at det først var da spiritussalget blev frigivet i 1954, at den almindelige befolkning lærte alkohol at kende. Det er en sandhed med modifikationer. Grønlandskommissionen beskrev i 1950, *"at spiritus ikke er et ukendt begreb i den grønlandske befolkning. Tværtimod fremstilles der overalt i Grønland hjemmebrygget øl med en ikke helt ringe alkoholprocent, og dette øl drikkes ofte i ret betydelige kvanta ad gangen"*(Poulsen, 2013). Efter frigivelsen af salget i 1954 steg forbruget brat. I 1966 kom alkohol derfor igen for alvor på den politiske dagsorden og der blev indført restriktioner. Herefter var der rationering i "pointtiden" i 1980-1982 og efter dette har forbud mod alkoholfremstilling uden tilladelse, differentierede afgifter, begrænsning i salg og udskænkning været fremherskende.

Hash er det eneste kvantitativt betydende ulovlige rusmiddel i Grønland, hvis man skal lægge politiets beslaglæggelsesstatistikker som grund. Selvom smuglingen er risikabel og der er et vedvarende tryk på markedet p.g.a. intensiv bevågenhed fra politiet, findes hash selv i de mindste bygder. Landstingets Familie- og Sundhedsudvalg skrev i sin betænkning til 2. behandlingen af FM 2012/85 om at give kommende og nybagte forældre mulighed for gratis behandling for deres misbrug af hash og alkohol: *"Lad det være helt klart. Hash i Grønland er ulovligt og enhver indførsel af hash, køb, salg og brug af hash er kriminelt. At det alligevel sker, vidner om en udbredt tolerance i befolkningen omkring denne kriminelle virksomhed. Var befolkningen absolut intolerant overfor forekomsten og brugen af hash, ville den i dette forslag rejste problemstilling i relation til hashmisbrugende gravide ikke eksistere."* "Udvalget er dybt skuffet over, at der blandt nogle borgere åbenlyst er en stor tolerance overfor omgang med og brug af hash, selvom det er kriminelt."

¹Landstingslov nr. 11 af 11. november 2000 om salg og udskænkning af alkoholholdige drikke

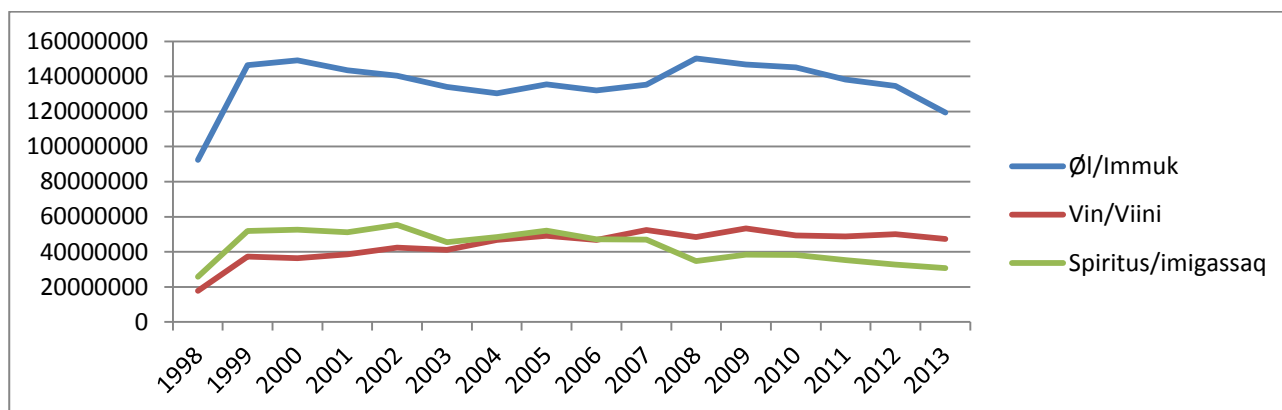
3.1. Alkoholforbrug og alkoholafgifter

Alkoholforbruget var højest i 1980'erne og er siden faldet - og ser ud til fortsat at falde. I 2012 var forbruget omregnet til ren alkohol 9,65 liter /person over 14 år. I Norden ligger forbruget generelt på omkring 7 liter per person over 15 år undtagen i Danmark, hvor det er højere end i Grønland ².



Figur 1. Import og produktion af alkohol omregnet til liter ren alkohol per person over 14 år

Grønland har høje alkoholafgifter og en betydelig indtægt fra disse afgifter, selvom provenuet er faldende p.g.a. faldende import og produktion. For 2013 var den samlede alkoholafgift 197.432.481 kr. (se Figur 2 for de enkelte alkoholtyper). Afgifter er også i Grønland fundet at virke dæmpende på forbruget, selvom andre faktorer også spiller ind. En nylig analyse bekræfter, at der er en klar sammenhæng mellem forbrug og afgifter i perioden fra 1951 til 1990'erne. Herefter bliver sammenhængen mindre tydelig, idet forbruget faldt trods uændrede høje afgifter. Vigtige faktorer bag dette kan være holdningsændringer, kulturelle ændringer og/eller ændringer i forbrugsmønstret i befolkningen (Aage, 2012). Ud fra et rent sundhedshensyn bør afgiftsstrukturen fastholdes og afgiften følge den generelle prisudvikling.



Figur 2. Landskassens indtægt fra alkoholafgifter 1998-2013

² NOMESCO. Health Statistics for the Nordic Countries 2011, København 2011

3.2. Alkoholmisbrug - definitioner

Misbrug har generelt en multifaktoriel baggrund, herunder miljø, arv, sociale og psykologiske problemer, kulturelle faktorer, samt - i nogle tilfælde - fysisk eller psykisk sygdom (Aage, 2012). På grund af forskelle i skadevirkninger og behandlingsbehov skelnes for alkohol fagligt mellem overforbrug, afhængighed og skadeligt brug, mens der ikke er de samme klare og alment anerkendte afgrænsninger, når det drejer sig om hash og andet misbrug.

For alkohol gælder:

Overforbrug defineres ud fra genstandsgrænserne. *Storbrug* er indtagelse af over 14 genstande/uge for kvinder og 21 genstande/uge for mænd, mens *binge drinking* er hyppigt indtag af mere end 5 genstande ved enkeltstående lejligheder. Begge typer af overforbrug giver risiko for at opleve alkoholrelateret sygdom og tidlig død.

Skadeligt brug af alkohol er WHO's betegnelse for et alkoholforbrug, der kan medføre psykiske symptomer (fx tristhed, angst) og/eller fysiske symptomer fx påvirkning af lever- eller bugspytkirtel (Zierau and Dansk Psykiatrisk Selskab, 2013b).

Afhængighed defineres af WHO ud fra, at 3 af følgende 6 symptomer har været til stede på et tidspunkt inden for det sidste år: 1) Et stærkt ønske eller følelse af trang til alkoholindtagelse, 2) Besvær med at kontrollere indtagelsen af alkohol: Efter overskridelsen af et kritisk punkt på ganske få, evt. kun en enkelt genstand, er der nedsat kontrol med det videre drikkeri, ofte fuldstændigt kontroltab, 3) Forekomst af abstinenssymptomer, 4) Toleransfænomener (samme effekt kræver øget dosis), 5) Tiltagende indskrænkning i sociale aktiviteter på grund af brug af alkohol (fx problemer i hjemmet, på arbejdet eller i fritiden) og 6) Fortsat brug af alkohol på trods af klar viden om de skadelige fysiske og psykiske konsekvenser (Zierau and Dansk Psykiatrisk Selskab, 2013a).

3.3. Viden om rusmiddelbrug i Grønland

3.3.1. Undersøgelserne og deres validitet

Antallet af nationale befolkningsundersøgelser om rusmiddelbrug er begrænset. For voksne over 18 år findes Befolkningsundersøgelserne, der laves af Statens Institut for Folkesundhed på vegne af Selvstyret. For skolebørn er der HBSC Greenland (Skolebørnsundersøgelsen i Grønland), der gennemføres hvert 4. år for elever fra 5. klasse og op, sidst i 2010. Begge indgår i monitoreringen af Inuuneritta II. Herudover er Unge trivsel-undersøgelsen udført 2 gange i 8.-10. klasse, sidst i 2011.

Da misbrugere ofte er underrepræsenterede i befolkningsundersøgelser og da børn, der ikke går i skole, ofte har mere negativ sundhedsadfærd end skolebørn, så anses tal fra befolkningsundersøgelser om misbrug generelt som minimumstal. Der er også kendt, at opgivelser af forbruget er noget mindre end det faktiske konsum. For voksne er validiteten af opgivelserne i befolkningsundersøgelsen sat i forhold til importstatistikken og det opgivne forbrug omfatter ca. 78 % af importen (Bjerregaard and Becker, 2013), hvilket bekræfter at der er en vis underrapportering. For børn og unge er hos sammenlignelige grupper fundet stort set samme opgivelser omkring hash, alkohol og snifning i begge undersøgelser.

3.3.2 Alkohol

Alkoholbrug i voksenbefolkningen

I 2005-2007 drak 1,1 % af befolkningen *alkohol hver dag* og 11,6 % var *storforbrugere* af alkohol (17 % af mænd og 7 % af kvinder). *Potentielt skadeligt alkoholforbrug* vurderet med en kort test til screeningstest for alkoholproblemer (CAGE-testen) sås hos 36 % af mænd og 25 % af kvinder. I alt 50 % af mænd og 33 % af kvinder kunne betegnes som *rusdrikkere*.

Storforbrug af alkohol og potentielt skadeligt alkoholforbrug var særligt udbredt i aldersgruppen 35-59 år, mens rusdrikning sås hyppigst i aldersgruppen 18-34 år. Fra 1993 og 1999 til 2005-7er sket et fald i andelen af storbrugere og rusdrikker blandt mænd, men en stigning i potentielt skadeligt alkoholforbrug hos kvinder. Der er fundet sociale forskelle i alkoholforbrug. Potentielt skadeligt alkoholforbrug er hyppigst blandt personer med lav uddannelse og i lav socialgruppe. Således blev fundet, at mens kun ca. 24 % af højere funktionærer havde et potentielt skadeligt alkoholforbrug, så gjaldt det ca. 45 % af ufaglærte i arbejde og ca. 55 % af de arbejdsløse mænd (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008). Også kommunerne vurderer, at der er en ret udbredt rusdrikkekultur blandt den del af de klienter, de havde mest berøring med og at misbruget var mest omfattende blandt de 31-50 årige (Departementet for Sundhed, 2012b).

Alkoholbrug blandt ældre

Dem, der var unge da forbruget var højest, hører nu til ældregruppen. Der er dog ikke tegn på at gruppen af ældre misbrugere stiger, idet andelen af ældre rusdrikkere eller storbrugere er faldet fra 1993 til 2005-7 (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008).

Alkoholbrug hos børn og unge

Tidligt udviklede vaner fastholdes ofte og unge med tidlig rusmiddeldebut har højere risiko for at ende i et misbrug. Alkoholculturen hos de unge er derfor et vigtigt pejlemærke for fremtidens brug og misbrug. Betydende faktorer for rusmiddelbrug hos unge er forholdet til forældre og venner samt normer i den sociale sammenhæng, de er en del af. Specielt venner har stor indflydelse (Niclasen and Bjerregaard, 2011). Alkoholdebutalderen er omkring 14 år lidt afhængig af hvor man bor. Andelen af unge, der drak alkohol én gang om ugen eller oftere var 16 % (20 % af pigerne og 13 % af drengene) i 2011. I 2010 havde kun 21 % af 16årige aldrig været fulde. Flere unge været fulde i 2010 end i 2006. Mellem 2004 og 2011 øgedes andelen i Nuuk, der aldrig drikker og andelen med hyppigt forbrug faldt, hvorimod i Tasilaq sås et fald andelen, der aldrig drikker og en stigning i andelen med et hyppigt forbrug fra 10 % til 32 % (Niclasen and Bjerregaard, 2011, Pedersen and Bjerregaard, 2012).

Det ser således ud til, at der sker en differentiering blandt unge så forbruget aftager i Nuuk, men er uændret eller øget i specielt andre byer og i øst. Også blandt unge er fundet socioøkonomiske forskelle i alkoholbrug. Unge fra de mindst velhavende familier angav at have været fulde tidligst og unge i andre byer havde hyppigere været fulde end børn i Nuuk og i bygder (Niclasen and Bjerregaard, 2011, Pedersen and Bjerregaard, 2012).

3.3.3. Hash

Hashbrug blandt voksne

Under halvdelen af voksne har aldrig prøvet hash. I alt 7 % (9 % af mænd og 5 % af kvinder) angav at have røget hash flere gange i den seneste uge. Disse må regnes som havende et misbrug. Yderligere 8 % (10 % af mænd og 6 % af kvinder) havde røget hash flere gange den sidste måned. Disse må regnes som værende storbrugere (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008). Dette er som tidligere anført minimumstal også fordi 14 % havde valgt ikke at svare på spørgsmålene om hash.

Hash er især udbredt blandt yngre voksne og flere i Nuuk (20 %) og i byer (16 %) end i bygder (8 %) har et regelmæssigt forbrug. Sammenlignet med Befolkningsundersøgelsen i 1993 angiver færre at ryge hash flere gange om ugen (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008).

Hashbrug blandt børn og unge

Mellem 19 % og 22 % af 15-17-årige havde prøvet hash i 2010 -2011. Unges brug af hash stiger for hvert leveår. I 2010 havde 17 % af de 15årige, 25 % af de 16årige og 29 % af de 17årige havde prøvet at ryge hash. Andelen er ganske let faldende i forhold til tidligere undersøgelser. Også hos unge er fundet geografiske forskelle, hvor flest unge i Midt- og Sydgrønland og i byer havde prøvet hash (Niclasen and Bjerregaard, 2011, Pedersen and Bjerregaard, 2012). Andelen af unge der har prøvet hash er i samme niveau som i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2013).

3.3.4. Snifning blandt børn og unge

Hos unge ses også et andet misbrug: snifning. Snifning er en fælles betegnelse for indtagelse af organiske opløsningsmidler gennem indånding. Opløsningsmidlerne opløses næsten øjeblikkeligt i fedtholdigt væv, som hjernevæv. Det giver en kortvarig rus, men kan lamme åndedrættet og medføre hjerneskader eller død af iltmangel.

Snifning stiger hos unge med alderen. Mellem 18 % og 25 % af 15-17årige havde i 2010-2011 prøvet at sniffe. Der er også socioøkonomiske forskelle i de unges erfaringer med snifning. Flere unge fra ikke velhavende familier havde prøvet at sniffe (30 %) sammenlignet med unge, der oplevede deres familie som velhavende eller meget velhavende (15 %) ligesom flere unge opvokset i en bygd havde prøvet at sniffe. Geografisk fandtes, at flere i Nord og Øst havde prøvet at sniffe (Niclasen and Bjerregaard, 2011, Pedersen and Bjerregaard, 2012).

3.3.5. Problemspil/ ludomani

Ifølge befolkningsundersøgelsen har 10 % af kvinderne og 16 % af mændene i løbet af deres liv været såkaldte problemspillere (Larsen and et al, 2013). Betegnelsen problemspiller dækker over en bredere forståelse af afhængighed af spil, mens egentlig ludomani ses ud fra et klinisk perspektiv. Hvor stor en andel af voksenbefolkningen, der er egentlige ludomaner er ikke kendt, men i andre lande er andelen fundet til omkring 2-4 %.

Pengespil er ikke tilladt for personer under 18 år. Der er ingen undersøgelser om ludomani hos børn i Grønland og om afhængighed af spil på konsoller eller computere af er et problem for nogle unge er heller ikke dokumenteret.

3.3.6. Blandingsmisbrug

Hvis misbrugsformerne kombineres ses, at 53 % af mænd og 37 % af kvinder enten er hyppige brugere af hash, og/eller at have et potentielt skadeligt forbrug af alkohol og/eller har været eller er problemspillere. Blandt hushold med børn under 18 år sås en eller flere typer af misbrug hos 44 % (Larsen and et al, 2013). Også kommunerne vurderer, at mellem en tredjedel og halvdelen af klienterne med misbrug har hjemmeboende børn (Departementet for Sundhed, 2012b). Blandt 15-17årige rapporterer 60 % af piger og 40 % af drenge om en eller flere former for misbrug (alkohol, hash eller ludomani) i hjemmet (Pedersen and Bjerregaard, 2012).

Kommunerne vurderede også, at misbruget af alkohol- og/eller hashmisbrug blandt gruppen af 13-18-årige er stigende, ligesom der også var problemer med snifning i denne aldersgruppe (Departementet for Sundhed, 2012b).

Der er et forholdsvist stort overlap mellem forskellige former for misbrug. Blandt *rusdrikkere, storforbrugere, eller personer med et potentielt skadeligt alkoholforbrug* var andelen af regelmæssige brugere af hash omkring dobbelt så stor som hos personer uden problematisk alkoholforbrug. Blandt *regelmæssige brugere af hash* var 20 % også storforbrugere af alkohol, halvdelen har et potentielt skadeligt alkoholforbrug og 61 % er rusdrikkere. Blandt især mænd, der har været eller er problemspillere, ses et potentielt skadeligt alkoholforbrug samt hashrygning også hyppigt (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008, Larsen and et al, 2013).

Sammenhænge mellem forskellige typer af misbrug ikke undersøgt hos børn og unge, men er fundet en tendens til, at forekomsten af snifning er højest, der hvor forekomsten af hashrygning er lavest (Pedersen and Bjerregaard, 2012). Det ser dermed ud til, at snifning især tages i brug, når der ikke er adgang til andre euforiserende stoffer.

3.3.7. Misbrug blandt særlige grupper

Blandt arbejdstagere i det private erhvervsliv

Grønlands Arbejdsgiverforening (GA) har i februar 2014 lavet en spørgeskemaundersøgelse blandt 195 medlemsvirksomheder, hvoraf 192 svarede. Besvarelserne var fra virksomheder af varierende størrelse, et bredt udsnit af brancher og geografisk spredt over hele landet. I alt havde knapt 1/3 af de besvarende virksomheder vurderet, at 1-10 % af deres medarbejdere havde et misbrug og i yderligere 12 % af virksomhederne gjaldt det 11- 25 % af medarbejderne. Kun 5 % af virksomhederne havde ikke oplevet fravær p.g.a. misbrug. I alt havde 21 % af virksomhederne aldrig oplevet, at misbrug havde forsinket arbejdet eller havde betydet, at det havde taget mere tid end forventet.

I alt 23 virksomheder vurderede, at fraværet havde kostet dem mere end 50.000 kr. om året, og næsten halvdelen af de virksomheder, der havde svaret havde afholdt udgifter i forbindelse med misbrug. I 6 virksomheder havde omkostningerne været på mere end 100.000 kr. om året.

Hos klienter i det sociale system i kommunerne

Egentlige statistiske data i kommunerne på misbrugsområdet findes ikke, men kommunerne vurderede i 2011-2 (Departementet for Sundhed, 2012b) ved en rundspørge blandt deres socialrådgivere og familiebehandlere, hvor stor en andel af deres klienter, der havde et alkoholmisbrug. De vurderede at:

Kujalleq: Ca. 40 % af klienterne har et misbrug, hvoraf ca. 30 % erkender misbruget.

Sermersooq: Ca. 40-50 % af klienterne har et misbrug, hvoraf ca. 35-40 % erkender misbruget.

Qeqqata: Ca. 70 % af klienterne har et misbrug, hvoraf det kun er meget få, der erkender misbruget.

Qaasuitsup: Havde ingen opgørelse/vurdering af antallet.

Misbrug i anbringelsessager

Alle kommuner oplever eller vurderer, at alkoholmisbrug meget ofte indgår som en faktor i anbringelsessager og i en enkelt kommune har alkoholmisbrug været konstateret i alle de anbringelsessager, som ikke skyldes forældres dødsfald. Det kan være en motivation for at starte i alkoholbehandling, at man kan få sine børn hjem igen. Det er dog ikke kommunernes erfaring, at misbrugerne kan holde fast i deres afholdenhed, efter børnene er kommet hjem (Departementet for Sundhed, 2012b).

Misbrug hos familier i "Tidlig indsats"

Projektet, nu programmet, "Tidlig indsats for den gravide familie med særlige behov" blev midtvejsevalueret i 2010. Her blev det fundet, at der er problemer med alkohol, hash eller ludomani hos stort set alle gravide familier med særlige behov (Paarisa, 2011).

I døgn- og handicapinstitutioner

Departementet for Familie og Justitsområdet lavede i januar 2014 en forespørgsel til samtlige 25 døgn- og handicapinstitutioner omkring misbrug og behov for misbrugsbehandling blandt beboere og personale. Klientellet og dermed misbrugsproblemerne i institutionerne er meget forskelligt. Generelt for 8 institutioner, der svarede, fandtes et en del institutionsanbragte specielt unge og psykisk syge havde et misbrug, flest af alkohol, men for en del også af hash - og enkelte var medicinmisbrugere eller havde andet misbrug. Om personalet i samme institutioner blev angivet eller de angav selv, at der var misbrugsproblemer af alkohol, hash og ludomani af omtrent samme omfang som fundet ved befolkningsundersøgelserne (se ovenfor).

I krisecentrene

Fra Krisecentrenes årsrapport fra 2012 fremgår, at ud af 339 adspurgte var den aktuelle henvendelse relateret til misbrug hos mindst 45 % (hos mindst 26 % til alkohol og hos mindst 17 % til hash). Rapporten gjorde opmærksom på, at tallene var minimumstal (Sammenslutningen af krisecentre, 2013). Departementet for Familie og Justitsområdet lavede i januar 2014 en forespørgsel til landets 7 krisecentre, hvoraf 4 svarede på spørgsmål om behovet for misbrugsbehandling blandt brugerne og personalets

erfaringer omkring tilgængeligheden af misbrugsbehandling. Generelt beskrev krisecentrene at mange klienter havde et misbrug og at behovet for at komme i misbrugsbehandling er stort.

Ved akutte henvendelser til sundhedsvæsenet

En undersøgelse af alkohol- og voldsrelaterede skader i 15 sundhedsdistrikter fandt, at minimum 10 % af alle, der henvendte sig akut, var klinisk alkoholpåvirkede. Andelen var højere ved psykiske eller sociale problemer, selvmordsforsøg, ulykke eller vold. Af ulykkes- og volds ofre var henholdsvis 16 % og 62 % klinisk alkoholpåvirkede. Alkoholpåvirkede havde hyppigere behov for kontrol og/eller indlæggelse (Nexøe et al., 2010).

Undersøgelsen bekræfter at volds- og alkoholrelaterede skader er hyppige, at de medfører en betydelig belastning af det grønlandske sundhedsvæsen og at påvirkede personer har mere komplicerede betjeningsbehov.

Ved psykisk sygdom

Kommuneqarfik Sermersooq har vurderet, at mange af de psykisk syge i kommunen havde et alkoholmisbrug og at 20-25 % af misbrugerne havde en psykisk lidelse (Departementet for Sundhed, 2012b).

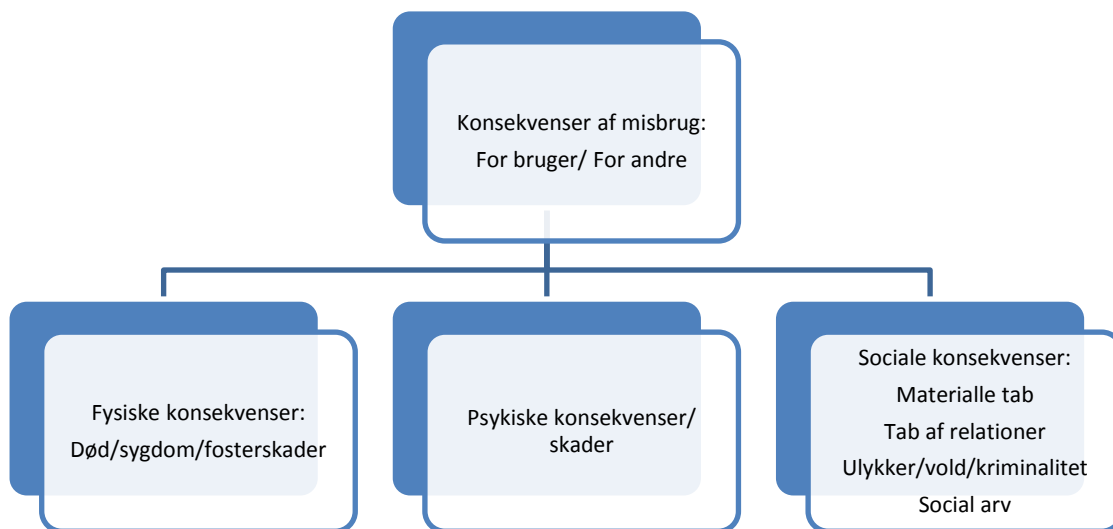
Mange patienter i det psykiatriske system har også en misbrugsdiagnose. Det gælder for omkring halvdelen af patienter på Psykiatrisk afdeling A1 og i distriktspsykiatrien, men næsten alle patienter på det retspsykiatriske område (Departementet for Sundhed, 2010). I Danmark er set en tredobling af andelen af indlagte psykisk syge med et samtidigt hashmisbrug over 10 år til 2000 indlagte i 2011 (Sundhedsstyrelsen, 2013).

Blandt hjemløse

Misbrug blandt hjemløse er hyppigt, men præcis hvor hyppigt vides ikke. Misbrug kunne være udløser af hjemløshed, men i flere tilfælde var misbruget mere en følge af denne (Hansen and Andersen, 2013). I Danmark havde mellem 63 og 80 % adspurgte hjemløse, et misbrug af alkohol, medicin eller narkotika (Sundhedsstyrelsen, 2013).

4. Misbrugets konsekvenser

Denne analyse af konsekvenser af misbrug tager udgangspunkt i operationaliseringen i figur 3. Figur 3 er en forenkling af en model til vurdering af skader af forskellige typer af misbrug (Nutt et al., 2010).



Figur 3. Konsekvenser af misbrug frit efter (Nutt et al., 2010)

Konsekvenserne er i det følgende dokumenteret ud fra international dokumenteret viden om, hvilke konsekvenser, der kan forventes, mens data så vidt muligt er søgt for Grønland. For områder uden eller med sparsomme lokale data er suppleret med international litteratur.

4.1. Fysiske konsekvenser

Død og tabte leveår

På verdensplan er estimeret, at ca. 2 millioner dødsfald hvert år kan tilskrives alkoholmisbrug og at stofmisbrug yderligere bidrager med ca. 200.000 dødsfald. Ulykker som kan tilskrives alkohol svarer desuden til 17 % af alle dødsfald. Tillægges også tab på grund af sygdom er alkohol årsag til 5 % af alle tabte sygdomsjusterede leveår (DALY; disability-adjusted life years). For hash er tabet af sygdomsjusterede leveår knap 0,1 % og rammer tungest i aldersgruppen 20-24 år, hvor ca. 2 % er afhængige (WHO, 2004; IHME GBD, 2010; Lim et al., 2013; Degenhardt et al. 2013).

Misbrug nedsætter livslængden. Vi ved ikke i Grønland hvor meget, men da misbrug udover sygdom har sammenhæng med ulykker, vold og selvmord er antallet af tabte leveår formentlig betydeligt. I Danmark resulterer alkohol hvert år i 50.000 tabte leveår for mænd og 20.000 for kvinder. Personer, der bare drikker over genstandsgrænserne, dør i gennemsnit 4-5 år for tidligt mens personer, der bliver syge og dør p.g.a. deres høje indtag mister i gennemsnit 23-24 års levetid (Juel et al., 2006). Herudover ses dødsfald i forbindelse med andet misbrug.

Der skelnes mellem dødsfald, hvor misbruget er en tilgrundliggende dødsårsag og dødsfald, hvor misbruget er en medvirkende dødsårsag. En dansk undersøgelse af alkohol som tilgrundliggende dødsårsag, der

inddrog: alkoholisme, skrumpelever og betændelse i bugspytkirtlen samt ulykker, selvmord og usikker døds måde i forbindelse med alkoholforgiftning, fandt, at i alt 5 % af dødsfald skyldes alkohol eller havde alkohol som medvirkende dødsårsag. Ud fra det grønlandske dødsårsagsregister for samme diagnoser fandtes fra 2002-2011 i alt 131 dødsfald (alkoholisme hos 97, skrumpelever hos 26, betændelse i bugspytkirtlen hos 8, mens ingen var registreret med dødsårsagen forgiftning med alkohol)³. Opgjort på samme måde som i den danske undersøgelse kan det beregnes, at alkoholmisbrug er tilgrundliggende dødsårsag i 3 % af alle dødsfald i Grønland. Der er dog betydelige forskelle mellem andelen af dødsfald indenfor de enkelte diagnoser landene imellem, hvilket kan skyldes reelle forskelle i dødsårsager, men forskelle i registreringspraksis og underrapportering af specielt alkoholforgiftning som årsag til ulykker, selvmord og usikker døds måde kan ikke udelukkes.

Alkohol medvirker til dødsfald af mange sygdomme. De vigtigste er en række kræftsygdomme, hjertesygdomme, forhøjet blodtryk, hjerneblødning, visse sygdomme i mave og spiserør og sukkersyge. Også brug af hash er fundet relateret til øget risiko for tidlig død (Davstad et al., 2011). For Grønland har vi ingen tal for sammenhæng med dødelighed og brug af hash.

Fysisk sygdom

Misbrug nedsætter andelen af sygdomsfrie år. Vi har ingen tal for Grønland, men i Danmark er fundet, at mænd, der overskrider genstandsgrænsen for alkohol, kan forvente 5 færre leveår uden langvarig belastende sygdom end mænd, der ikke overskrider genstandsgrænsen. For kvinder er det knap 1 år. Alkohol er i Danmark relateret til 28.000 hospitalsindlæggelser årligt, 10.000 skadestuebesøg og 72.000 ambulante besøg og personer, der drikker over genstandsgrænserne, har hvert år mere end 150.000 ekstra kontakter til alment praktiserende læge, 80 % af tilfældene blandt mænd (Juel et al., 2006).

Rusmidler har relation til usikker sex og dermed uplanlagt graviditet, kønssygdomme og HIV (Sundhedsstyrelsen, 2013). De sundhedsskadelige konsekvenser af alkoholmisbrug kan berøre næsten alle organsystemer (Foster and Marriott, 2006). Alkohol regnes som tilgrundliggende årsag til skader hos børn født af gravide alkoholbrugere, visse nerveskader (polyneuropati), alkoholisk skrumpelever, alkoholisk hjertemuskelsvækkelse, og alkoholisk betinget sygdom i mave- og tarm. Alkohol er også en medvirkende årsag til 25 % af tuberkulose tilfælde, 5 % af sukkersygetilfælde, 6-7 % af forhøjet blodtryk, 6-7 % af karsygdomme i hjernen, 5 % af lungebetændelse og influenza, 10 % af sygdomme i spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, 42-60 % af betændelse i bugspytkirtlen, 10 % af epilepsitilfælde, og mellem 15-75 % af cancertilfælde i mund, spiserør, mave, lever og strube (Sundhedsministeriet, 1999). Omsat til grønlandske indlæggelsestal var der i perioden 2011-2013 i gennemsnit 1178 alkoholrelaterede sengedage per år eller 1,6 % af alle sengedage, hvor alkohol bedrog til sygdommen. (Se Tabel 1).

Diagnose (ICD 10 kode)	Alkoholrelaterede tilfælde (%)	I alt alkoholrelaterede indlæggelsesdage /år
Tuberkulose (A10-A19)	25	211
Cancer i mund, strube, spiserør, maven og lever (C01-C06, C15, C16, C22, C32)	15-75	243

³ Data fra Landslægeembedet, februar 2014.

Sukkersyge (E11-E14)	5	16
Alkoholrelateret psykisk sygdom (F19)	100	78
Forhøjet BT af ukendt årsag (J10)	6,7	0,1
Karsygdomme i hjernen (I60-I69)	6,5	209
Lungebetændelse og influenza (J09-J18)	5	102
Sygd. i spiserør, mavesæk og tolvfingertarm (K20-K31)	10	113
Alkoholrelateret sygdom i mave og lever (K70)	100	16
Anden skrumpeliver (K74)	50	17
Betændelse i bugspytkirtlen (K85-K86)	42-60	43
Polyneuropati (G62.1 og G62.9)	100	26
Demens (F00.0 - F03.9)	10	68
Epilepsi (G40.0-G41.9)	10	36

*Der blev ikke registreret senedag for alkoholisk kardiomyopati og foetalt alkoholsyndrom i perioden

Tabel 1. Alkoholrelaterede indlæggelsesdage, gennemsnit for 2011-2013.

Alkoholudsættelse i fosterlivet kan give blivende skader indenfor stort set alle organsystemer. Fysisk ses dog oftest ansigtsmisdannelse, nedsat vækst og hjerneskader, der resulterer i fx afvigende adfærd og indlæringsproblemer (Ungerer et al., 2013). Vi har ingen tal på andelen med medfødt alkoholskade i Grønland, men tilfælde ses fx i døgninstitutionerne (Selvstyret, 2011). I Danmark fødes 50-120 børn om året med alkoholskade, og andelen i Grønland er formentlig lige så høj eller højere, da binge drinking også giver alkoholskader (Lægehåndbogen, 2013). Hash giver også foster- og udviklingsskader, men det er mindre veldokumenteret (Huizink, 2013). Børn af misbrugere har hyppigere koncentrations- og opmærksomhedsforstyrrelser som ADHD/ DAMP (Sundhedsstyrelsen, 2000).

4.2 Psykisk sygdom, selvmord og andre mentale konsekvenser

Der findes ingen undersøgelser, der har fokuseret på rusmidlers betydning for psykisk sygdom og mentale skader i Grønland. For hash er relationen til udvikling eller udløsning af psykoser vigtigst, men også angsttilstande kan direkte udløses af hash og også tilstande som depression og visse andre psykiske sygdomme har sammenhæng med hash (Arendt et al., 2005). Vi har ikke tal for Grønland, men i Danmark er fundet, at over 40 % med hashpsykose indenfor en kortere årrække vil blive diagnosticeret med skizofreni og at de udvikler skizofreni tidligere i livet (Arendt et al., 2005). Uden hash ville nogle af disse måske aldrig være blevet syge.

Alkoholudsættelse i fosterlivet kan give blivende skader og mental svækkelse (se ovenfor) og kan hos massive misbrugere udløse delirøse tilstande. Selvmord og selvmordstanker er relateret til rusmiddelbrug. Halvdelen af personer, der henvendte sig akut til sundhedsvæsenet med selvmordstanker var alkoholpåvirkede (Nexøe et al., 2010), men vi ved ikke i hvor stort omfang personer, det begår selvmord, er påvirkede. Undersøgelser i andre Inuitsamfund har vist, at en gruppe, der har særlig risiko for psykiske forstyrrelser, ikke behøver at præsentere åbenbare symptomer eller blive klinisk syge, så længe deres "økosystem" (omgivelser i bred forstand) er relativt stabilt. Dette kan være med til at forklare, at samme undersøgelse fandt, at psykiatriske patienter blev indlagt i en yngre alder i Grønland (end i Danmark), og at næsten halvdelen af de psykiatriske patienter var opvokset i et disharmonisk opvæksthjem, flere blandt de

ynge patienter og flest blandt patienter med personlighedsforstyrrelser (Lyng, 2000). Rusmiddelbrug forværrer prognosen ved psykisk sygdom og hindrer en optimal behandling af den psykiske lidelse (Departementet for Sundhed, 2010). Hash er også relateret til nedsat social kompetence, indlæringsproblemer, nedsat kognitiv funktion og ligegyldighed (manglende motivation). Der skønnes at være mere end 300 personer med demenssygdom i Grønland. Udenlandske undersøgelser anses 10 % af demenstilfælde at være relateret til alkoholbrug (Juel et al., 2006).

4.3. Sociale konsekvenser

Misbrug ses socialt skævt. Der er generelle sammenhænge mellem misbrug og lav indkomst, lav uddannelse og arbejdsløshed (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008). Det betyder igen, at der er en høj andel af misbrugere blandt socialt udsatte: sociale klienter, arbejdsløse, hjemløse, psykisk syge, gravide familier med særlige behov, klienter på krisecentre og blandt familier, der får anbragt deres børn (Sammenslutningen af krisecentre, 2013, Hansen and Andersen, 2013, Paarisa, 2011, Departementet for Sundhed, 2010). Misbrug udløser øget arbejdsfravær, som igen giver risiko for arbejdsløshed og lav indkomst og misbrug øger i sig selv risiko for lav indkomst, tab af bolig, og dårlige uddannelsesmuligheder og lav uddannelse.

Sammenhængen mellem misbrug og udsathed er kompleks, som eksempel er alkohol og stofmisbrug set som udløser af hjemløshed, men i flere tilfælde var alkoholen dog mere en følge af andre forhold og et forsøg på at dulme en umulig situation (Hansen and Andersen, 2013). Et andet eksempel er gravide familier i "Tidlig indsats". Her er fundet, at ud over et misbrug hos den gravide eller dennes samlever har de komplekse sociale problemstillinger og har ofte ikke fuldført folkeskolen, har ikke uddannelse eller arbejde og ofte heller ikke egen bolig, men bor hos deres forældre, der ofte også har et misbrug (Paarisa, 2011). Vi har ikke tal for Grønland, men i Danmark er fundet, at personer, der drikker over genstandsgrænserne, hvert år har 325.000 ekstra sygefraværsdage, næsten alle sammen blandt mænd og hvert år er der mere end 500 tilfælde af førtidspension relateret til alkohol. (Juel et al., 2006). Arbejdsløshed er et udbredt problem blandt misbrugerne og andre sociale problemstillinger såsom boligproblemer og kriminalitet kan være medvirkende årsag til misbrug (Departementet for Sundhed, 2012b). Misbrug også af hash, øger frafald og nedsætter sandsynligheden for at få en uddannelse. Det er også fundet på ungdomsuddannelserne i Danmark.

Kriminalitet

Der er en klar sammenhæng mellem misbrug og visse typer af kriminalitet og sammenhængen går begge veje. Misbrug kan føre til kriminalitet eller kriminalitet begås under rus. Der er en stærk sammenhæng mellem vold og alkoholpåvirkning. I langt hovedparten af sagerne om personfarlig kriminalitet i 2010 var en eller flere af parterne påvirket af alkohol (Det Grønlandske Kriminalpræventive Råd, 2011). Grønlands Politiet er af den opfattelse, at volden, drabssagerne og sædelighedskriminaliteten er blandt nogle af landets største udfordringer og at langt hovedparten af disse sager begås af gerningsmænd, der er meget berusede (Politiet i Grønland, 2013).

I alt 59 % af den samlede voksne befolkning er blevet udsat for vold, mens 31 % har været udsat for seksuelle overgreb (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008) og begge dele har sammenhæng med misbrug. Kommuneqarfiq Sermersooq vurderede, at 70-80 % af deres klienter med misbrug havde været udsat for

vold og/eller andre overgreb og at 60-65 % af disse havde udsat andre for fysisk og/eller psykisk vold og/eller seksuelle overgreb (Departementet for Sundhed, 2012b). Sammenhængen mellem vold og misbrug er også påpeget i voldsstrategien (Departementet for Familie og Justitsvæsen, 2013). Hos akutte henvendte i sundhedsvæsenet involveret i vold var 59 % berusede. Alkoholpåvirkede havde hyppigere behov for evakuering, indlæggelse, eller kontrol (Nexøe et al., 2010). Også berigelseskriminalitet og hærværk har sammenhæng med rusmiddelbrug, men omfanget er ikke kendt.

Mange kriminelle er således misbrugere. Kriminalforsorgen har i februar 2014 vurderet, at af 154 indsatte havde 111 behov (72 %) for misbrugsbehandling. Derudover havde 42 i fri forsorg også et behandlingsbehov. I alt 25 af de retspsykiatriske klienter havde et kombineret misbrug og en psykiatrisk diagnose og dermed behov for et specielt tilbud. Det er tidligere blevet vurderet, at næsten alle retspsykiatriske patienter havde et samtidigt misbrug (Departementet for Sundhed, 2010). I Danmark tilkendegav 60-68 % af indsatte at have indtaget rusmidler under 30 dage forud for indsættelsen (Sundhedsstyrelsen, 2013).

Ulykker

Ulykker kan medføre både person- og materiel skade. Der er ikke tvivl om at ulykker er relateret rusmiddelbrug, men præcise tal for Grønland kendes ikke. I lande med en anden trafikstruktur er trafikulykker hyppige. I Grønland kan overvejes, hvor meget rusmidler betyder for ulykker til søs..

Social arv

At have oplevet misbrug i barndomshjemmet er en tung social arv, der kaster skygger i generationer fremover. I dag er der familier, hvis børn er 3. eller 4. generation, der oplever omsorgssvigt.

Langt flere, som har oplevet alkoholrelaterede problemer i deres barndomshjem har selv et problematisk alkoholforbrug, idet 69 % er storbrugere eller har et potentielt skadeligt alkoholforbrug, mens 63 % er rusdrikkere. Specielt fødselsårgange efter 1960 oplyser ofte at have oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet. I 2005- 2007 angav 54 % at være vokset op i et barndomshjem med alkoholproblemer, hvilket er flere end i 1993, hvor andelen var på 37 % (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008). Dette indikerer sammenhæng med frigivelsen af alkohol og perioden derefter, hvor forbruget var meget højt.

Langt de fleste familier i "Tidlig indsats" er selv oplevet omsorgssvigt og problemer med alkohol/hash i deres barndomshjem og en del havde andre børn anbragt uden for hjemmet p.g.a. omsorgssvigt (Paarisa, 2011). Som det fremgår ovenfor er billedet det samme blandt sociale klienter, hos hjemløse, ved anbringelse af børn uden for hjemmet og hos kvinder, der henvender sig i krisecentrene og ved psykisk sygdom. Alkoholproblemer i barndomshjemmet var blandt ambulante 18-64-årige patienter den alvorligste risikofaktor for at også at få en psykiatrisk diagnose (Lyngø et al., 2003) og psykisk sygdom debuterer tidligere ved misbrug i hjemmet (Lyngø, 2000).

Alkoholmisbrug i barndomshjemmet og disharmoniske opvækstvilkår har stærk sammenhæng med også at have oplevet vold og seksuelt misbrug. Mere end halvdelen af gravide i "Tidlig indsats" har været udsat for vold som barn og mange havde også været udsat for seksuelt misbrug, incest eller seksuel tvang (Paarisa, 2011). Hos voksne ses alkoholproblemer i barndomshjemmet og seksuelle overgreb i mange tilfælde at

forekomme hos de samme personer, ligesom selvmordsforsøg oftere ses hos personer, der har oplevet seksuelle overgreb. Det er nærliggende at forestille sig en årsagskæde, der går fra omsorgssvigt og alkohol i barndomshjemmet via seksuelle overgreb til selvmordsforsøg (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008). . Også blandt hjemløse havde flere været udsat for seksuelt misbrug. Det havde præget meget af deres tilværelse, og givet dem et lavere selvværd (Hansen and Andersen, 2013).

Disharmoniske opvækstvilkår tidligt i livet giver risiko for tilknytningsforstyrrelser, udvikling af karakterafvigelse og personlighedsforstyrrelser. Døgninstitutionerne oplever, at beboere har væsentligt større lidelser eller er mere skadede ved anbringelsen end tidligere. For børn- og ungeinstitutionerne kan børnene være stærkt omsorgssvigtede, have oplevet seksuelt misbrug, have været udsat for vold eller har diagnoser som ADHD, autisme eller føtalt alkoholsyndrom (Selvstyret, 2011).

Konsekvensen af misbrug i barnealderen er komplekse sociale problemstillinger senere. Et godt eksempel er familierne i "Tidlig indsats", hvor mere end halvdelen af forældrene var unge under 23 år, størstedelen ikke havde færdiggjort folkeskolen, en stor andel er arbejdsløse og over halvdelen havde ikke selvstændig bolig (Paarisa, 2011).

5. Udbud og brug af misbrugsbehandling i dag

Misbrugsområdet og dermed det nationale misbrugsbehandlingstilbud hører ressortmæssigt under sundhedsområdet idet misbrug betragtes som en sygdom og fordi misbrug har tæt sammenhæng med anden fysisk og psykisk sygdom.

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

Departementet for Sundhed har aftale med Katsorsaavik omkring dette tilbud. Sundhedsvæsenet betaler for rejse og ophold i forbindelse med misbrugsbehandling, mens kommunerne, der efter ansøgning fra klienten, betaler behandlingen, hvis personen selv eller andre, som fx en arbejdsgiver, ikke kan afholde udgiften. I praksis betaler kommunerne langt den største del af behandlingerne. Ud over det nationale tilbud har nogle kommuner etableret egne behandlingstilbud.

5.1. Andelen i behandling med midler mod alkoholafhængighed

Alle misbrugere af alkohol kan tilbydes medicinsk behandling mod alkoholafhængighed ved henvendelse i sundhedsvæsenet, men tilbuddet bruges i dag relativt sjældent. Som det fremgår af tabel 2 er fra 2007 til 2013 udskrevet mellem 23.100 og 50.300 definerede døgndoser (DDD) af medicin mod alkoholafhængighed⁴. Vi kan desværre ikke opgøre hvor mange personer, men hvis vi antager, at man får behandling i gennemsnit i 4 måneder så udskrives medicin mod alkoholafhængighed til mellem 190 - 412 personer.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antabus (N07BB01)	31.700	44.400	23.550	50.300	41.300	23.100	23.200
Acamprosot (N07BB03)	0	0	28	84	0	0	713
Naltroxon (N07BB04)	0	0	28	0	0	0	0
I alt	31.700	44.400	23.606	50.384	41.300	23.100	23.913

Tabel 2. Udskrevne midler mod alkoholafhængighed 2007-2013

5.2. Behandlingstilbuddet i Katsorsaavik

Departementet for Sundhed har fra 1. april 2012 haft aftale om misbrugsbehandling med Katsorsaavik i Nuuk, mens behandlingen før den tid blev varetaget af Qaqiffik.

Behandlingen i Katsorsaavik kan foregå enten i Nuuk eller ved rejsehold til de enkelte kommuner.

Sundhedsvæsenet betaler for ophold og rejser, mens kommunerne betaler for selve behandlingen. En behandling for alkoholmisbrug er 6 uger, men ved blandingsmisbrug forlænges behandlingen til 9 eller 12 uger, herudover kan henvises til en 4 ugers genbehandling eller til familiebehandling.

⁴ Data fra Landsapoteket i Nuuk.

I alt behandlede Katsorsaavik 182 klienter i 2012, 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 kommunerne⁵. Fordelingen i forhold til behandlingsvarighed og gennemførelse for klienter henvist fra "Tidlig indsats" og fra kommunerne afviger kun lidt. For "Tidlig indsats" blev 34 % i 2012 henvist til 6 ugers, 62 % til 9 ugers og 1 til 12 ugers behandling. I alt 22 (38 %) gennemførte ikke behandlingen (Katsorsaavik, 2013). For kommunerne ses data i Tabel 3.

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 3. Misbrugsbehandlinger i Katsorsaavik i 2012

Der har fra 2012 til 2013 været en betydelig stigning i andelen fra "Tidlig indsats", der ønskede misbrugsbehandling, idet 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.

Som det fremgår, er der meget stor forskel kommunerne imellem, hvor mange, der kommer i behandling. Da så mange har et blandingsmisbrug tyder det på, at det er klienter med et meget svært og formentligt også langvarigt misbrug, før de tilbydes 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	189	38	20	2	120	85	77
I alt	271*	94	36	5	180	142	142
I procent		45 %	17 %	2,5 %	89 %	69 %	69 %

*Oplysninger mangler hos 64-69 klienter.

Tabel 4. Sociale oplysninger for klienter i misbrugsbehandling (data fra Katsorsaavik, februar 2014).

Hvis man ser på den sociale profil for misbrugere i behandling i 2013 ses, at der blandt misbrugere er en helt massiv social arv, samt at denne sociale arv for den meget store del med hjemmeboende eller anbragte børn allerede er på ved til at præge næste generation. Således er kun 2,5 % ikke selv vokset op med misbrug og hos søskende til klienterne havde 89 % også misbrug. Som noget positivt har 69 % tilknytning til arbejdsmarkedet (Tabel 3).

5.2.1 Samtidig misbrugsbehandling og pædagogisk intervention

I regi af Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse pågår i dag et pilotprojekt for familier i "Tidlig indsats" med hjemmeboende børn. Familierne kommer samlet til misbrugsbehandling og bor i en lejlighed med andre

⁵ Data for 2013 fra Katsorsaavik, februar 2014.

familier i samme situation. Her kombineres misbrugsbehandlingen med en pædagogisk indsats, hvor de voksne lærer at se deres børns behov og hvor handlemønstre i familien afdækkes og italesættes, samtidig med at der er aktiviteter for familierne. Indsatsen har bedret familiernes mulighed for at gennemføre behandlingen og tilbagemeldinger fra de sociale myndigheder har vist familierne har holdt sig ude af misbrug og er blevet mere velfungerende i dagligdagen.

5.3. Misbrugsbehandling i kommunerne og i privat regi

Det er søgt at få dokumenteret, hvilke kommuner som har et eget tilbud om misbrugsbehandling og hvis det er tilfældet, hvor mange der behandles, for hvad og hvad tilbuddet omfatter, samt om der er specielle krav for henvisning.

Kommuneqarfik Sermersooq har i februar 2014 sendt deres misbrugsbehandling i udbud. Man forventer 200 klienter årligt til misbrugsbehandling samt eventuelle pårørende og børn. Visitationen bygger på en individuel samtale, hvor sagsbehandler og klient fastlægger en handleplan. Det er ikke oplyst om der stilles krav til klienterne inden visitation til behandling.

For de øvrige kommuner fremgik i 2011-2012 for alkoholbehandling (Departementet for Sundhed, 2012b): I Qeqqata Kommunia er det eneste krav til klienter, der ønsker at komme i misbrugsbehandling, at de ikke har fast arbejde. Hvis klienten har fast arbejde, forventes det, at arbejdsgiver betaler behandlingen. Alle arbejdsløse ansøgere i perioden 2007-2010 fik misbrugsbehandling bevilliget.

I Kommune Kujalleq skal klienterne vise deres motivation ved at deltage ved AA-møder tre gange om ugen i en måned, før de kan bevilliges misbrugsbehandling. Det er socialrådgiveren, der står for kontakten og bevilliger behandlingen. Møderne er anonyme, så socialrådgiver kan kun "kontrollere" klientens deltagelse ved løbende at spørge ind til, hvordan det gik ved det enkelte møde.

I Qaasuitsup Kommunia stilles der krav til klientens personlige motivation for at stoppe misbruget ud fra hensynet til sig selv eller familien og ikke ud fra krav fra f.eks. arbejdsgiver. Det er udbredt, at klienter bevilliges misbrugsbehandling efter at de pårørende har været i familiebehandling. Der tilbydes ikke misbrugsbehandling til klienter med psykiske sygdomme. Det er socialrådgivere, social- og sundhedshjælper eller en rådgivningsassistent der står for kontakten og bevillingen til klienten.

KANUKOKA er vidende om, at størrelsen af de afsatte økonomiske midler til misbrugsbehandling i de fire storkommuner både kan være meget forskellige og ikke svarer til behovet. Derudover er visitation og bevillingsprocedurer vidt forskellige. I princippet er der intet galt med, at kommunerne stiller forskellige krav om f.eks. deltagelse i AA-møder før egentlig behandling, tilstrækkelig motivation til behandling osv, ligesom der kan være forskellige procedurer med krav om tilbagebetaling eller ikke tilbagebetaling. Alene ovennævnte statistikker omkring de heldige, der har fået bevilget en behandling, deres anbragte børn samt de meget høje tal med misbrugende søskende, siger noget om at vi taler om toppen af isfjeldet. Dette betyder et betydeligt større behov end det der kan tilbydes i dag og så længe de afsatte økonomiske midler og visitationsprocedurer ser ud som i dag, vil flere med et behandlingsbehov næppe få tilbudt en misbrugsbehandling, som de ellers har behov for. Vi må erkende, at misbrugsområdet er helt afhængigt af,

hvilke midler der afsættes i kommunerne og kun få får bevilget behandling via sociale konti. Vi skal også være opmærksomme på, at der flere steder er en slags "straffesystem" der siger, at "hvis du får tilbagefald er det din egen skyld og du får ikke lov til at komme i misbrugsbehandling for offentlige midler, du må selv finde pengene eller også må du tilbagebetale det hele, hvis du falder i igen". Det er fint, at arbejdsgivere støtter deres medarbejdere ved at tilbyde betaling for misbrugsbehandling, men hvad med de medarbejdere, hvor arbejdsgiver ikke vil betale og kommunen det samme, fordi pågældende har arbejde? Der er således hele tiden nogle, der kommer i klemme, samtidig med, at det har en betydning, hvilken by og hvilken kommune pågældende bor.

5.4. Behov for misbrugsbehandling

Misbrug er uden tvivl Grønlands mest betydende folkesundhedsproblem (Nalakkersuisut, 2013). Det er essentielt at kunne sikre et let tilgængeligt tilbud, der tager hensyn til, at misbrug et kontinuum og at misbrugere har meget forskellige behandlingsbehov. Misbrug er i sig selv en sygdom og hos mange misbrugere har misbruget givet fysisk sygdom. Samtidig er fundet at mellem 35 % og 65 % af alle misbrugere også har en psykiatrisk lidelse som depression, angst, ADHD, posttraumatisk stress, psykose eller udviklingsrelaterede tilstande som fx personlighedsforstyrrelser.

Misbrugsbehandling må derfor være en paraply, der dækker over mange forskellige indsatser fra vejledning, oplysning, motivering, medicinsk behandling, ambulante og institutionaliserede behandlingstilbud og efterbehandling - for meget forskellige målgrupper med meget forskellige behov. Misbrugsbehandling har to grundelementer: en motivations-øgende og en kognitiv-adfærdsmæssig del (Departementet for Sundhed, 2012b).

Det må også slås fast, at misbrugsbehandling kun er en lille del af behandlingen, hvis den sociale arv skal brydes og de personlige og samfundsmæssige konsekvenser af at være vokset op med misbrug og omsorgssvigt skal afhjælpes. En misbruger har ofte været misbruger i 5- 10 år eller længere, før de kommer til behandling og før behandling opsøges vil der ofte foregå en længerevarende erkendelsesperiode hvor misbruget og dets konsekvenser ofte samtidig accelererer. Baggrunden for at søge behandling er ofte kompleks og kan have sammenhæng med *familie og netværk* (fx problemer i familien, krav fra familien, opfordring/krav fra netværk, skole eller arbejde), *opfordring eller krav fra professionelle* (fx opfordring fra læge eller socialrådgiver, krav ved børn i familien) eller *personlig motivation* (fx har ikke selv kunnet holde op, kan ikke holde misbruget ud mere).

Estimeret behandlingsbehov

Hvis vi ser på misbrug i befolkningen bredt er udgangspunktet både at tage hensyn til et ønske om tidlig indsats, men samtidig til, at langt den største del af denne gruppe ikke selv opfatter deres forbrug som et problem og dermed ikke er motiveret for behandling. Det er de 53 % af mænd og 37 % af kvinder, der enten er hyppige brugere af hash, og/eller at har et potentielt skadeligt forbrug af alkohol og/eller er eller har været problemspillere, d.v.s. personer, der allerede er misbrugere, er på vej ud i et misbrug, "bare" er storbrugere eller som tidligere misbrugere har risiko for at komme ind i andet misbrug.

En del vil dog have erkendt, at de har et misbrug selvom de fortsat er socialt velfungerende eller næste velfungerende, men som alligevel har brug for en lidt mere intensiv indsats. Størrelsen af denne gruppe er svær at vurdere fordi de er næsten velfungerende udadtil, men med den viden, vi har omkring fx misbrug og sygelighed hos arbejdstagere må størrelsen af denne gruppe ikke undervurderes.

Misbrug trækker lange sociale skygger. Så er der de mere specielle grupper med en større eller mindre social problematik. Hvis vi ser på antallet af misbrugere blandt sociale klienter, blandt hjemløse, blandt voksne i døgninstitutionerne, i krisecentrene og i "Tidlig indsats" kan vi forvente, at denne gruppe udgør 4.000-6.000 personer. For denne gruppe gælder, at de har en kompleks problemstilling. De vil for at kunne profitere af misbrugsbehandlingen have behov for en indsats, der sideløbende med misbrugsbehandlingen også afhjælper deres sociale behov., men andre vil skulle have hjælp omkring struktur og hverdag, før de kan dette. Nogle af dem vil umiddelbart kunne indgå i et intensivt gruppetilbud, men andre vil have behov for anden støtte inden, hvis indsatsen skal være en succes.

Misbrugere som også har en psykisk sygdom (angst, depression, psykose) har behov for intensiv hjælp og støtte parallelt med misbrugsbehandlingen og vil kræve en specielt tilrettelagt indsats. Denne gruppe anslås at udgøre omkring 750-1.000 personer.

Behovet omkring familiebehandling til børn og unge kan være ganske stort og ligger et sted imellem de omkring 300 børn og unge på døgninstitutionerne og de op mod 1/3 af alle børn, der tidligere er rapporteret at have oplevet omsorgssvigt, da omsorgssvigt og misbrug er tæt forbundet. KANUKOKA har tidligere gjort opmærksom på behovet for misbrugsbehandling for unge under 18 år og at Teenage Power Programmet bør gøres tilgængeligt lokalt. KANUKOKA mener, at det vil have stor betydning, at unge med begyndende misbrugsproblemer med alkohol, hash og snifning i højere grad end i dag lokalt får gratis tilbud om 10 ugers TAPP-program, hvor de også får reel mulighed for at forholde sig til, at afhængighed ødelægger menneskeliv og splitter familier.

De komplekse årsagssammenhænge og meget komplekse behov hos mange misbrugende familier må angribes som et samlet hele og vejen frem er ikke mindst gennem forebyggelse og tidlig indsats. Hvis den sociale arv skal brydes skal indsatsen mod misbrug under graviditeten i og i de tidlige barneår i meget høj grad intensiveres og udbygges. Det er her vigtigt med tværfaglige og tværsektorielle projekter, der er meget konkrete og som tager hånd om familiernes meget komplekse situation. Det er skønnet, at op mod ca. 25 % af alle gravide familier har komplekse problemstillinger, der oftest indeholder misbrug.

Herudover er et generelt brug for en opfølgende indsats, som er det vigtigste værn mod tilbagefald. Der eksisterer ikke valide data på antallet af personer, som falder tilbage til samme eller andet misbrug efter en gennemført misbrugsbehandling og det er ikke muligt at belyse, hvilke faktorer, der spiller ind ved tilbagefald. Kommunerne vurderer, at mellem 20 og 40 % af klienter falder tilbage i misbrug indenfor det første år (Departementet for Sundhed, 2012b). Katsorsaavik er som led i aftalen med Selvstyret begyndt en systematisk efterbehandling og indsamling af data om tilbagefald. Qaasuitsup Kommunia og Kommuneqarfik Sermersooq vurderer dog, at risikoen for tilbagefald øges, hvis personen behandles udenfor sit vante miljø. Katsorsaavik oplever, at frafald er mere udbredt blandt klienter, der er henvist fra de sociale myndigheder. Det vurderes, at det kan skyldes manglende motivation (Departementet for Sundhed, 2012b).

6. Økonomiske omkostninger ved misbrug

I dette afsnit er misbrugets omkostninger søgt klarlagt. Overordnet kan man beregne de samfundsøkonomiske omkostninger ved misbrug i en "cost-of-illness-analyse" (COI). Heri medtages to omkostningsgrupper, dels de direkte *behandlingsomkostninger* for nuværende og fremtidig behandling, der kan tillægges misbruget, og dels *indirekte samfundsrelaterede omkostninger* til misbruget i form af sygefravær, udstødning fra arbejdsmarkedet og samfundets tab grundet tidlige misbrugsrelaterede dødsfald.

De omkostninger, der medtages i de fleste COI analyser er til behandling, forebyggelse, forskning, retshåndhævelse og produktionstab. Desuden kan som supplement indgå mål for det økonomiske tab forbundet med tabte gode leveår. COI analyser vil trods deres fælles formål ofte metodemæssigt være forskellige og vil til dels medtage forskellige effekter og kan også prissætte de medtagne effekter forskelligt.

Samfundsøkonomiske analyser er omfattende og kræver detaljerede data for at kunne udføres, derfor er der for nuværende ikke udført økonomiske analyser af, hvor meget misbrug belaster samfundsøkonomien i Grønland. Vi er derfor nødt til i dette afsnit at læne os op af udenlandske undersøgelser. Om resultaterne kan overføres til grønlandske forhold afhænger af analysernes metode og forudsætninger samt den samfundsmæssige kontekst, de er lavet i. Her er helt overordnet medtaget analyser fra vestlige lande og i Danmark, da Grønland har en samfundsstruktur, der fortsat ligger tæt på den danske.

Derudover gælder det helt generelle, at omkostningerne i forbindelse med brug af alkohol er betydeligt bedre belyst i litteraturen end for hash og ludomani.

I vurderingerne af overførbarhed af udenlandske analyser skal også inddrages, at alkoholforbrugsmønstret i Grønland er et binge drinking mønster. Som ovenfor angivet har kun 1,1 % et dagligt forbrug af alkohol, mens langt de fleste storbrugere er binge drinkere. Det er vigtigt, fordi de samfundsøkonomiske konsekvenser af binge drinking er helt forskelligt fra det samme forbrug indtaget i mindre daglige doser.

Vi har ikke hårde stoffer af betydning i Grønland, men til gengæld et betydeligt forbrug af hash. Dette mønster kendes ikke fra andre steder. Det betyder, at der ikke er fundet økonomiske analyser, der kan bruges som sammenligningsgrundlag.

6.1 Omkostninger ved alkoholbrug opgjort i forhold til bruttonationalproduktet

WHO har gengivet undersøgelser fra en række vestlige lande for omkostninger i forbindelse med alkoholbrug i forhold til bruttonationalproduktet (BNP). Opgørelsesmetoderne var forskellige, men samlet fandtes, at omkostningerne i forbindelse med alkoholforbrug udgjorde fra 1,1 til 5-6 % af BNP i de enkelte lande (WHO, 2004).

Hvis vi antager, at den procentuelle udgift er den samme i Grønland, svarer det i 2012 til en udgift i forbindelse med alkoholforbrug på mellem 152 mio. kr. og 689 - 827 mio. kr.

6.2. Sundhedsudgifter

Vold og skader i forbindelse med alkohol udgør en betydelig belastning af det grønlandske sundhedsvæsen, uden at vi dog kan sætte økonomi på.

Alkoholpåvirkede udgjorde en stor gruppe af akutte henvender med vold og skader og samtidig udløste alkoholpåvirkede også flere sundhedsydelse og flere indlæggelser. Som ovenfor angiver (Tabel 1) er alkoholrelaterede sygdomme ansvarlig for i gennemsnit 1.178 indlæggelsesdage årligt svarende til 1,6 % af alle sengedage. Dette modsvarer en udgift på knap 8,7 mio. kr.⁶. Dette er et absolut minimumstal, da data for ulykker etc. i forbindelse med alkoholforgiftning ikke er inkluderet.

I udlandet er vist, at samtidigt alkoholmisbrug hos indlagte giver længere liggetider og betyder flere ydelser til den enkelte patient. Det gælder i endnu højere grad, hvis der er et kombineret misbrug af alkohol og hash (Pacula et. al., 2008).

Sundhedsministeriet i Danmark har for 1996 estimeret de samlede behandlingsomkostninger forbundet med alkoholrelaterede lidelser i form af *udgifter til ambulante sundhedsydelse, somatiske og psykiatriske indlæggelser og øgede behandlingsomkostninger p.g.a operationskomplikationer og øget liggetid samt til alkoholbehandling* til 3,1 mia. kr. (Sundhedsministeriet, 1999).

Hvis det antages, at de samme forhold gør sig gældende i Grønland svarer det til en udgift i 2013 priser på 44 mio. kr.

En senere undersøgelse, så på *alkoholrelaterede dødsfald, tabte leveår, tabte gode leveår, indlæggelser, ambulante besøg, skadestuebesøg, besøg hos praktiserende læge, helbredsbetingede førtidspensioner og produktionstab*, men også den helbredsgevinst, der er fundet ved et meget lavt alkoholforbrug. Beregnet herudfra var udgifterne knap 1 mia. kr. Ved modregning af den besparelse som tidlig død også medfører i form af sparet fremtidigt merforbrug fandtes, at omkostningerne til behandling af alkoholrelaterede lidelser kostede det danske samfund 0,6 mia. kr. årligt i datidens priser (Juel et al., 2006).

6.2.1. Udgifter til misbrugsbehandling

Sundhedsvæsenet brugte i 2011, 2012 og 2013 hhv. 5,63 mio. kr., 5,35 mio. kr. og 4,14 mio. kr. til rejser og ophold i forbindelse med misbrugsbehandling. Dette svarer til knap 74 kr. per borger i Grønland i 2013. Det har desværre ikke været muligt at få nyere tal fra kommunerne for deres udgift til misbrugsbehandling. Udgifterne for 2011 fremgik i (Departementet for Sundhed, 2012b).

I 1000 kr.	Antal indbyggere	Forbrug 2011 (i 1.000 kr)	Forbrug per borger 2011
Kujalleq	7.441	94	12,6 kr.
Sermersooq	21.559	1.072	49,7 kr.
Qeqqata	9.684	229	23,6 kr.
Qaatsuitsup	17.742	1.895	106,8 kr.

Tabel 5. Kommunernes udgifter til misbrugsbehandling opgjort per borger.

⁶ Sengedagsprisen er udregnet ud fra Cirkulære 17, som 50 % af dage til alm. sengedags takst, 25 % af dage til plejepatient takst på DIH hhv. på kysten.

Kommunernes faktiske forbrug til misbrugsbehandling fremgår af Tabel 5. Sammenlagt brugte selvstyret og kommunerne 8,9 mio. kr. eller 159 kr. per borger til misbrugsbehandling i 2011. En betydelig del af denne udgift var dog til transport og ophold. Ud over de direkte behandlingsomkostninger har kommunerne også for nogle borgere andre sociale udgifter, fx til børnepasning og kost under behandlingen.

De samlede udgifter til misbrugsbehandling – inklusive transport og ophold - svarende til ca. 4,5 % af provenuet på alkoholafgifter.

6.3 Udgifter til kommunale ydelser

Der findes ingen opgørelser fra Grønland omkring de kommunale meromkostninger, der kan relateres til misbrug og dermed heller ikke om misbrugere koster kommunerne mere end personer uden misbrug. Med baggrund i fx den høje andel af misbrugere blandt sociale klienter, arbejdsløse, hjemløse og familier i "Tidlig indsats" og den stærke sammenhæng mellem misbrug i hjemmet og anbringelser af børn uden for hjemmet er det dog utvivlsomt at misbrug vejer endog meget tungt som årsag til kommunale udgifter.

P.g.a manglende grønlandske data er der for kommunale omkostninger taget udgangspunkt i en analyse fra de danske kommuner. Som for øvrige områder har det kun været muligt at finde omkostninger forbundet med alkoholforbrug. Den danske analyse tager udgangspunkt i omkostninger i 2010 og medtager kun omkostninger, der kunne belyses ud fra registerdata.

De inkluderede kommunale omkostninger var:

1. *Overførselsindkomster* (kontanthjælp, førtidspensioner, fleks-og skånejobordninger, sygedagpenge, bolig-og børnetilskud samt "anden bistand"⁷).
2. *Kommunal medfinansiering af sundhedsydelser* (idet de danske kommuner betaler en varierende procentdel af fx takster for indlæggelser, ambulans behandling, genoptræning under indlæggelse og ydelser til praktiserende læger og speciallæger, psykolog, tandlægeudgifter foruden udgiften til færdigbehandlede patienter).
3. *Hjælpeforanstaltninger for børn og unge* (anbringelser og forebyggende hjælpeforanstaltninger).
4. *Personlig og praktisk hjælp* (opgjort som antal visiterede minutter pr. uge til personer i eget hjem eller i plejebolig)

Ved undersøgelsen matchedes gruppen af personer over 18 år, der 1) havde været i alkoholbehandling herunder fået udskrevet medicin for alkoholafhængig eller 2) havde haft en alkoholrelateret sygehuskontakt med en kontrolgruppe som er ens i forhold til køn, alder, geografi, civilstand og uddannelse, men uden at have været i alkoholbehandling eller haft alkoholrelateret sygehuskontakt.

⁷"anden bistand" er kursusgodtgørelse, revalideringsydelser, aktiveringsydelser, orlov til børnepasning for personer, der ikke er dagpengeberettiget i a-kasse, pasning af nærtstående, der ønsker at dø i eget hjem, pasning af børn med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, etableringsydelse og øvrige a-kasseydelser

	Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt i forhold til kontroller (= 1)		Personer i alkoholbehandling i forhold til kontroller (=1)	
	Ydelser	Omkostninger	Ydelser	Omkostninger
Overførselsindkomster				
Kontanthjælp	3,0	3,8	3,4	3,7
Førtidspension	3,2	2,4	3,3	2,6
Sundhedsydelse				
Læge	1,0	1,1	1,1	1,6
Psykiatriske indlæggelser	11,8	10,1	21,6	16,2
Somatiske indlæggelser	5,8	7,2	2,7	3,0
Ambulant psykiatrisk behandling	5,4	3,8	9,4	8,1
Ambulant somatisk behandling	1,9	2,1	1,4	1,3
I alt sundhedsydelse	4,7	4,7	2,6	2,7
Hjælpeforanstaltninger børn				
Anbringelser	7,7	7,3	4,2	4,7
Forebyggende hjælpeforanstaltninger	3,6	4	3,7	3,3
Personlig og praktisk hjælp				
Personlig hjælp og pleje	7,3	5,4 - 3,6	5	2,6-2,1
Praktisk hjælp	5,5	5,9-3,8	4,1	3,6-3,2
Kommunale udgifter i alt		3,3		2,5

Tabel 6 Øgede kommunale omkostninger i Danmark i 2010 til personer med alkoholrelateret sygehuskontakt eller i alkoholbehandling relativt til kontroller

Tallene i tabel 6 angiver således i forhold til kontrolgrupperne dels, *hvor mange gange flere ydelser personer, der havde været i alkoholbehandling eller som har haft en alkoholrelateret sygehuskontakt modtog* og dels, *hvor mange gange flere omkostninger dette medførte* (Sundhedsstyrelsen & KORA, 2013). Analysen viser samlet, at på alle områder brugte personer i alkoholbehandlede eller som havde en alkoholrelateret diagnose flere sundhedsydelse og kommunale ydelser end kontrolgruppen. For de fleste ydelser kostede dette også endnu mere end overforbruget af ydelser. Dette tyder på, at alkoholgruppen modtog mere omkostningskrævende ydelser end når ydelserne blev givet til kontrolgruppen.

Samlet fandtes, at personer med alkoholrelateret sygehuskontakt kostede 3,3 gange mere og personer i alkoholbehandling kostede 2,5 gange mere end deres kontroller. I alt var meromkostningerne i en gennemsnitskommune med 50.000 borgere på 33 mio. kr. årligt, fordelt på 18,7 mio. kr. til overførselsindkomster, 4,3 mio. kr. til kommunal medfinansiering af sundhedsydelse, 5,4 mio. kr. til anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger til børn og unge samt 4,7 mio. kr. til personlig og praktisk hjælp.

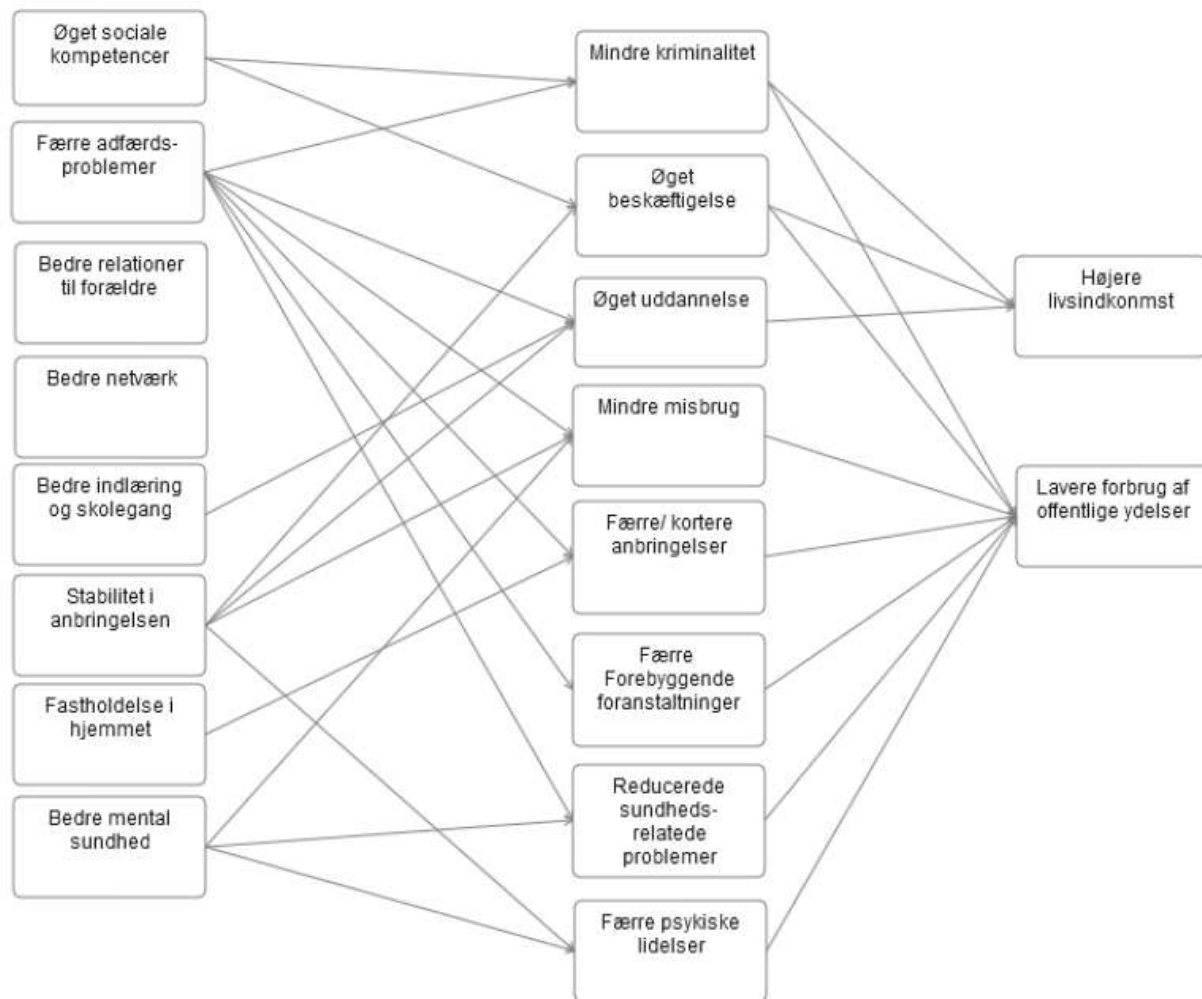
Strukturen af sociale ydelser er forskellig mellem Danmark og Grønland og det er derfor ikke muligt direkte at sammenligne omkostningerne, men andelen af ekstraydelser både på sundhedsområdet og på socialområdet er formentlig den samme andel - eller for socialområdet måske endda større end i Danmark. Udgiften i Danmark fratrukket den kommunale medfinansiering af sundhedsydelse, d.v.s. knap 29 mio. kr. for en gennemsnitskommune med 50.000 indbyggere, er således et ikke urealistisk bud på den minimale kommunale ekstrabyrde for hele Grønlands befolkning. Baggrunden for at anse den som minimal er dels at ikke alle omkostninger er medtaget og dels er de præsenterede beregninger kun lavet for en selekteret gruppe som har været indlagt eller havde været i alkoholbehandling, mens den faktiske gruppe af alkoholstorbrugere i alt i Danmark vurderes at være 3-4 gange højere (Hvidtfeldt et al., 2008).

6.4 Økonomiske konsekvenser af udsathed hos børn og unge

Der er ikke fundet forskning omkring de samfundsmæssige tab, der opstår ved at børn og unge vokser op i familier med misbrug. En nylig undersøgelse i Danmark har analyseret dels årsagssammenhænge og dels de økonomiske konsekvenser af tidlig, intensiv og systematisk forebyggelse i relation til adfærdsvanskelige unge (Rambøll 2012). Undersøgelsen viste, at anbragte børn og unge i Danmark allerede ved fødslen har en dårligere sundhed end andre børn, hvilket antyder, at det er barnets socioøkonomiske baggrund, der bestemmer dets sundhedsrisici. Herudover er fundet, at udsatte børn og unges også har en væsentlig højere risiko for selvmordsforsøg, selvmord og tidlig død fx som følge af vold eller misbrug, sygdomme i nervesystem og sanseorganer, psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.

Vi kender ikke tal fra Grønland, men døgninstitutionerne beskriver, at de børn de får anbragt ofte har komplicerende lidelser som øget fysisk sygelighed, udviklingshæmning evt. p.g.a. medfødt alkoholskade samt hyperaktivitet og/eller koncentrationsbesvær (DAMP/ADHD) (Selvstyret, 2011). Som dokumenteret ovenfor og fra andre undersøgelser, at der også i Grønland er en stærk sammenhæng mellem omsorgssvigt og personlighedsforstyrrelser, psykisk sygdom, eget misbrug, selvmordsforsøg og selvmord – en sammenhæng, der forstærkes ved samtidig udsættelse for seksuelt misbrug og vold i barndommen.

De fundne sammenhænge, der skal styrkes for at undgå senkonsekvenser for udsatte børn og unge er beskrevet i figur 3. Årsagssammenhænge synes universelle og kan også give forståelse af de sociale og økonomiske konsekvenser i voksenalderen opvækst med misbrug har i Grønland.



Figur 3. Oversigt over effekter og deres kausalitet ved indsatser på området for udsatte børn og unge (Rambøll, 2012)

Livsforløbet for en ung, der har været anbragt, er i Danmark forbundet med ca. 6,7 mio. kr. i gennemsnit i øgede offentlige udgifter sammenlignet med ikke-udsatte. Det skyldes udgifter til f.eks. støtteforanstaltninger – herunder anbringelser, forsørgelse, fængselsophold, misbrugsbehandling, men også at udsatte børn og unge vil få udsigt til ca. 2 mio. kr. lavere livsindkomst.

6.5. Tabt arbejdsfortjeneste

Vi har ingen forskning omkring misbrugs konsekvenser for arbejdsmarkedet i Grønland, men det angives fra arbejdsgiverside og fx fra døgninstitutionsområdet, at misbrug har konsekvenser i form af nedsat produktivitet, øget sygelighed og afskedigelser.

I Danmark har Sundhedsministeriet anslået produktivitetstab ud fra et forsigtigt skøn for udbetalte sygedagpenge for offentlige ansatte, at 5 % af sygefravær er alkoholrelateret (Sundhedsministeriet, 1999) og det samlede tab var 490 mio. kr. Hvis de antager den samme procentuelle andel gælder for Grønland, hvor den gennemsnitlige skattepligtige indkomst i 2013 var 196.000 kr. ville vi have et samfundsøkonomisk tab på 8,3 mio. kr. på grund af alkoholrelateret sygefravær. De 5 % er dog formentlig for lavt sat, mens

modsat trækker, at det er urealistisk at anvende den relativt høje gennemsnitsindkomst p.g.a. en skæv indkomstfordeling i Grønland, samt at andelen med misbrug er højest blandt grupper med lav indkomst. En anden undersøgelse i Danmark opgjort efter human kapital metoden fandt et produktionstab på mellem ca. 600 mio. kr. og 7,2 mia. kr. i Danmark (Juel et al 2006), hvilket direkte overført ville betyde en tabt arbejdsfortjeneste i Grønland på mellem 6 mio.kr og 70 mio. kr årligt. Som ovenfor argumenteret er det formentligt for højt et estimat.

6.6. Tab på grund af alkoholrelateret kriminalitet

Omkring 70 % af indsatte i anstalterne har behov for misbrugsbehandling. Specielt ved kriminalitet som drab, vold og seksuelle overgreb er alkohol ofte involveret. Hertil kommer trafikforseelser og egentlig hashkriminalitet. Vi har ikke beregning af, hvilken økonomisk udgift, denne kriminalitet medfører.

I Danmark og Sverige anslås, at omkring 15 % af udgifterne til politi, domstole og afsoning af straf er alkoholrelateret. Dette svarede til 1,6 mia. kr. i 2013 priser. Direkte overført til Grønland ville dette svare til ca. 16 mio. kr. årligt. Ifølge Politimesterembedet er den kriminalitet, der har et sammenfald med brug af alkohol, er mange gange højere i Grønland i forhold til Danmark udregnet pr. indbygger. Således er der i Grønland ca. 5 gange flere voldssager og 12 gange flere sædelighedssager pr. indbygger. Når man dertil tager højde for, at i langt hovedparten af voldssagerne i Grønland er minimum en af parterne påvirket af alkohol er det embedets opfattelse, at udgifterne til misbrugsrelateret kriminalitet er mindst 5 gange højere pr. indbygger i Grønland, hvilket svarer til ca. 80 millioner kr.

6.7. Udgifter i samfundet som helhed

De direkte omkostninger vist ovenfor giver et konkret indtryk af, hvor mange ressourcer der går til behandling af misbrugsrelaterede lidelser. De behandlingsmæssige omkostninger er imidlertid kun toppen af et omkostningsmæssigt isbjerg. Når man ser på den samlede samfundsmæssige belastning af misbrug ved også at medtage fx produktionstab som omtalt ovenfor, er der tale om en mangedobling af udgiften.

Der er ingen tal for Grønland, men Sundhedsministeriet anslår i deres rapport, at hvis omkostninger til alkoholrelaterede færdselsulykker, kriminalitet, sociale omkostninger og produktionstab blev medtaget var de samlede omkostninger mellem 8,3 og 10,3 mia. DKK, hvor forskelle skyldtes måden, hvordan produktionstabet blev opgjort (Sundhedsministeriet, 1999). Dette er 3-4 gange udgiften til sundhedsydelse.

Hvis det antages, at de samme forhold gør sig gældende i Grønland svarer det til en samfundsmæssig udgift i 1996 priser på mellem 80 og 100 mio. kr., eller mellem 114 og 142 mio. kr. i 2013 priser. Dette må betragtes som det bedste skøn vi har i dag.

7. Sammenfatning og vurdering af de samfundsmæssige gevinster

Det gennemgående tema for rusmiddelpolitikken har for alkohol været balancen mellem lighed og frihed til at købe og nyde alkohol og hensyn til grupper, der påvirkes negativt af forbruget. For hash har det været og er det fortsat nultolerance.

Ud fra det vi ved i dag, har et lille dagligt alkoholbrug, svarende til et glas vin dagligt, en positiv helbredseffekt, idet det kan forebygge hjertekarsygdomme. Det er således blandt storbrugere af alkohol, personer med binge drinking (stort alkoholindtag ved samme lejlighed) eller med et skadeligt alkoholforbrug at den samfundsmæssige gevinst af et reduceret alkoholindtag skal findes. Brug af hash derimod har intet kendt positivt forebyggelsespotentiale og bør ud fra en samfundsøkonomisk og forebyggelsesbetragtning så vidt muligt elimineres.

7.1. Sammenfatning omkring misbrug og hvem det rammer

Samlet er i redegørelsen 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.

Befolkningsundersøgelsen 2005-2007 viste, at 36 % af mænd og 25 % af kvinder havde et potentielt skadeligt alkoholforbrug og at i alt 50 % af mænd og 33 % af kvinder havde 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).

Mange misbrugere har et blandingsmisbrug. 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 forårsaget af og er 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, akutte henvendere til sundhedsvæsenet eller er gravide familier med særlige behov.

Der er også blandt både unge og voksne tegn på, at misbruget flytter ud fra Nuuk til andre byer og bygder og at misbruget blandt socialt stærke grupper bliver mindre.

7.2 Sammenfatning af misbrugets konsekvenser

Misbrug anses i Inuuneritta II (folkesundhedsprogrammet for 2013-2019) for at være det mest betydelige folkesundhedsproblem i Grønland). Alkohol og hashmisbrug har fysiske, psykiske og sociale konsekvenser. Fysisk rammer misbrug 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 hash 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 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 karakterafvigelser 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.

7.3 Sammenfatning omkring behovet for misbrugsbehandling

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 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.

Det fremtidige tilbud skal være tilgængeligt for alle, der har et behov, men præcis hvor mange, der skal gives hvilket tilbud har vi i dag ikke konkrete tal på. Det må dog konkluderes, at det nuværende tilbud hverken i omfang eller i kompleksitet dækker behovet.

Det er essentielt fremover at kunne sikre et let tilgængeligt tilbud, der tager hensyn til, at misbrug foregår i et kontinuum over livsforløbet og at misbrugere har meget forskellige behandlingsbehov. Der er således behov for et tilbud ved storbrug eller egentligt misbrug, der inkluderer forebyggelse, som motiverer til livsstilsændringer og som indsættes allerede tidligt i en misbrugskarriere. Tilbuddet skal være tilpasset de

særlige behov misbrugeren kan have på grund af alder, modenhed, personlighed og eventuel samtidig fysisk og/eller psykisk sygdom.

Misbrugsbehandlingen skal ledsages af vurdering af de sociale behov og følges op af en efterbehandlingsindsats.

En ikke helt lille gruppe af misbrugere har udover misbruget også komplekse eller endog meget komplekse sociale behov. Da de ofte selv er børn af misbrugere er de ofte vokset op i et hjem uden struktur, med ombytning af roller mellem børn og voksne og kan have oplevet vold og seksuelt misbrug. Det betyder, at de kan have behov for en særlig socialpædagogisk indsats for at kunne varetage deres børn og families behov og skal have hjælp til at fastholde misbrugsfrihed og til at komme videre efter ophør af misbrug. Gravide familier med andre børn, og hvor en eller begge forældre er misbrugere, er et eksempel på en gruppe med helt særlige pædagogiske behov.

Misbrugere kan have helt konkrete behov for fx en bolig, der skal dækkes før misbrugsbehandling kan gennemføres. Senere kan misbrugeren selv have behov for hjælp omkring uddannelse og arbejde, deres familie for familiebehandling og deres børn for et særligt tilbud tilpasset netop denne målgruppe.

Nogle specielle grupper har brug for et helt særligt tilbud. Det er grupper, der ikke kan profitere af gruppebehandling, som den praktiseres i dag, men som har behov for et individuelt tilrettelagt tilbud eller et specielt tilrettelagt gruppetilbud. For eksempel et tilbud, der også inkluderer et pædagogisk tilbud, et psykiatrisk eller psykologisk tilbud. Det gælder fx personer med en psykose og vekslende sygdomsindsigt, unge med psykisk sygdom eller personer, der har en personlighedsforstyrrelse.

Hele viften af behandlinger kan ikke gives lige tæt på borgeren. Hvor tæt på bostedet et behandlingstilbud kan gives afhænger således af, hvor intensivt og omfattende et behandlingstilbud, der er behov for ud fra den enkeltes særlige behandlingsbehov. Men målet er altid at tilbuddet skal gives så tæt på borgeren som det er muligt.

7.4. Samfundsmæssige gevinster ved at indføre et vederlagsfrit misbrugsbehandlingstilbud

Der er for nuværende ikke udført egentlige samfundsmæssige analyser af, hvor meget misbrug belaster systemer og økonomien i Grønland, idet det kræver omfattende og detaljerede data som ikke p.t. er tilgængelige. Derfor inddrages danske og udenlandske undersøgelser overført direkte til grønlandske forhold. Resultaterne skal derfor tages med forbehold indtil grønlandske data kan be- eller afkræfte dem.

Selv i udlandet er der få analyser af de samlede samfundsmæssige omkostninger af misbrug og der er klart flest beregninger på omkostningerne af alkoholmisbrug. Beregningsmetoderne og om hvilke omkostninger, der er medtaget varierer også mellem undersøgelserne. Det resulterer i en stor spændvidde i angivelsen af misbrugs samlede samfundsmæssige omkostninger.

- Sammenfattende viser denne analyse, 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.

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 registret.
- De samlede behandlingsmæssige omkostninger forbundet med 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 forskelle 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 inklusiv til at ligge mellem 114 og 142 mio. kr. årligt afhængigt af beregningsmetoden for produktionstabe.. Dette estimat medtager ikke alle omkostninger og er formentlig lavt sat.
- Ud fra data 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.

Næste skridt:

- Det næste skridt for nærmere at kunne beregne omkostningerne til negative konsekvenser af misbrug på det grønlandske samfund er opbygning af et bedre datagrundlag.

Referencer

- ARENDDT, M., ROSENBERG, R., FOLDAGER, L., PERTO, G. & MUNK-JØRGENSEN, P. 2005. Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases study of 535 incident cases. *British Journal of Psychiatry*, 187, 510-15.
- BJERREGAARD, P. & BECKER, U. 2013. Validation of survey information on smoking and alcohol consumption against import statistics, Greenland 1993-2010. *Int J Circumpol Health*, 72.
- BJERREGAARD, P. & DAHL-PETERSEN, I. K. (eds.) 2008. *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007 – Levevilkår. Livsstil og helbred*, København: Statens Institut for Folkesundhed
- DAVSTAD, I., ALLEBECK, P., LEIFMAN, A., STENBACKA, M. & ROMELSJÖ, A. 2011. Self-reported drug use and mortality among a nationwide sample of Swedish conscripts - a 35-year follow-up. *Drug Alcohol Depend*, 118, 383-90.
- DEGENHARDT, L. The Global Epidemiology and Contribution of Cannabis Use and Dependence to the Global Burden of Disease: Results from the GBD 2010 Study. PLOS ONE online, October 24, 2013
- DEPARTEMENTET FOR FAMILIE OG JUSTITSVÆSEN 2013. Naalakkervisut's strategi og handlingsplan mod vold 2014-2017. Nuuk: Departementet for Familie og Justitsvæsen.
- DEPARTEMENTET FOR SUNDHED 2010. Redegørelse på det psykiatriske område, 2010. FM 2010/99. Nuuk: Departementet for Sundhed.
- DEPARTEMENTET FOR SUNDHED 2012a. Demensredgørelse, 2012. FM 2012/36. Nuuk: Departementet for Sundhed.
- DEPARTEMENTET FOR SUNDHED 2012b. Redegørelse omkring fremtidige alkoholbehandlingstilbud. Nuuk: Departementet for Sundhed.
- DET GRØNLANDSKE KRIMINALPRÆVENTIVE RÅD 2011. Strategiplan 2012-2015 Nuuk: Det Grønlandske Kriminalpræventive Råd.
- FOSTER, R. K. & MARRIOTT, H. E. 2006. *Alcohol consumption in the new millennium – weighing up the risks and benefits for our health*, London, British Nutrition Foundation.
- HANSEN, K. E. & ANDERSEN, H. T. 2013. Hjemløshed i Grønland. Statens Byggeforskningsinstitut, Aalborg Universitet
- HUIZINK, A. C. 2013. Prenatal cannabis exposure and infant outcomes: Overview of studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, Sep 27. pii: S0278-5846(13)00203-0. doi: 10.1016/j.pnpbp.2013.09.014. [Epub ahead of print].
- HVIDTFELDT, U. A., HANSEN, A. B. G., GRØNBÆK, M. & TOLSTRUP, J. S. 2008. Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- IHME 2010: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/>
- JUEL, K., SØRENSEN, J. & BRØNNUM-HANSEN, H. 2006. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- KATSORSAAVIK 2013. Årsrapport 2012. Nuuk: Katsorsaavik 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.
- LIM, S et al. 2013. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224–60.
- LYNGE, I. 2000. *Psykkiske lidelser i det grønlandske samfund*. Dr Med, Københavns Universitet.

- LYNGE, I., MUNK-JØRGENSEN, P., PEDERSEN, A. L., MULVAD, G. & BJERREGAARD, P. 2003. Psykisk helbred hos patienter i Grønlands sundhedsvæsen. *SIF's grønlandsskrifter*. København: Statens Institut for Folkesundhed
- LÆGEHÅNDBOGEN. 2013. www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/generelt/tilstande-og-sygdomme/alkohol/alkohols-virkning-paa-fosteret/.
- NAALAKKERSUISUT 2013. Naalakkersuisuts strategier og målsætninger for folkesundheden 2013-2019. Nuuk: Departementet for Sundhed.
- NEXØE, J., WILCHE, J., FÆRGEMANN, C., KJELDTSEN, A. B., NICLASEN, B., MUNCK, A. & LAURITSEN, J. 2010. Volds- og alkoholrelaterede skader behandlet i det grønlandske sundhedsvæsen Odense: Audit projekt Odense.
- NICLASEN, B. & BJERREGAARD, P. (eds.) 2011. *Folkesundhed blandt skolebørn - resultater fra HBSC Greenland undersøgelsen 2010*, København: Statens Institut for Folkesundhed.
- NUTT, D., KING, L., PHILLIPS, L. & INDEPENDENT SCIENTIFIC COMMITTEE ON DRUGS 2010. Drug harms in the UK: a multi-criteria decision analysis. *Lancet*, 376, 1558-65.
- PACULA, R. L., RINGEL, J., DOBKIN C., TRUONG K. The Incremental Inpatient Costs Associated with Marijuana Comorbidity. *Drug Alcohol Depend* 2008 92(1-3): 248-57
- PEDERSEN, C. P. & BJERREGAARD, P. 2012. Det svære ungdomsliv. Unges Trivsel i Grønland 2011 – en undersøgelse blandt de ældste folkeskoleelever. *SIF's Grønlandstidskrifter nr. 24*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- POLITIET I GRØNLAND 2013. Årsstatistik 2012. Nuuk: Politiet i Grønland.
- POULSEN, B. K. 2013. Alkoholens historie i Grønland – en historie om påbud, forbud og forskelsbehandling. *Grønlandsk kultur og samfundsforskning 2010-12*. Nuuk.
- PAARISA 2011. Evalueringsrapport for projekt 'Tidlig Indsats overfor Gravide Familier' 2007-2010. Nuuk: Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.
- SAMMENSLUTNINGEN AF KRISECENTRE 2013. Krisecentrenes årsrapport 2012. Nuuk: Sammenslutningen af krisecentre.
- SELVSTYRET 2011. Årsberetning for døgninstitutionsafdelingen 2011. Nuuk: Departementet for Familie, Kirke, Kultur og Ligestilling.
- SUNDHEDSMINISTERIET 1999. De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug. København: Sundhedsministeriet.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2000. Rusmidler og graviditet. København: Sundhedsstyrelsen.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2013. Narkotikasituationen i Danmark 2012. København: Sundhedsstyrelsen.
- SUNDHEDSSTYRELSEN & KORA. Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol nr. 2. Sundhedsstyrelsen, 2013
- UNGERER, M., KNEZOVICH, J. & RAMSAY, M. 2013. In Utero Alcohol Exposure, Epigenetic Changes, and Their Consequences. *Alcohol Res*, 35, 37-46.
- WHO 2004. Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse.
- WHO GBD 2004. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd/en/
- ZIERAU, F. & DANSK PSYKIATRISK SELSKAB. 2013a. Alkoholafhængighed.
- ZIERAU, F. & DANSK PSYKIATRISK SELSKAB. 2013b. Alkoholoverforbrug.
- AAGE, H. 2012. Alcohol in Greenland 1951-2010: consumption, mortality, prices. *Int J Circumpolar Health*, 71.

