

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



Departementet for Sundhed 2019

Litteraturhenvisninger og supplerende materiale ses i Bilag

1. Indledning og baggrund

Ved FM 2017 behandlede Inatsisartut som punkt 185: *"Forslag til Inatsisartutbeslutning om at Naalackersuisut pålægges senest EM2018 at udarbejde en plan for særlige behandlingstilbud for børn og unge brugere af hash under 18 år."* (1)

I sit svarnotat pegede Naalackersuisut på, at børn og unge har behov for en særlig indsats. Men også at et succesfuldt og vedvarende resultat af et behandlingsforløb kræver et sideløbende fokus på den unges evt. andre problemer samt på at skabe en god og meningsfyldt dagligdag i samarbejde med forældre, uddannelsesinstitutioner m.m. uden dette, er der betydelig risiko for tilbagefald (2). Familie- og Sundhedsudvalget fremhævede i sin betænkning, at emnet anses som værende et højt politisk prioriteret indsatsområde (3).

Det nuværende Naalackersuisut har prioriteret at fortsætte dette arbejde men har udvidet målgruppen til børn og unge op til 25 år.

Kommissorium for arbejdet

Formålet med nærværende plan er *at foreslå et rådgivnings- og behandlingstilbud til børn og unge op til 25 år med rusmiddel- og pengespilproblemer, der har sammenhæng med forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for målgruppen*. Det giver behandlingsmæssig mening at have et fælles tilbud til flere typer af afhængighedsproblemer. Herudover er der fundet behov for forebyggende indsatser og indsatser, der bygger bro fra de unges dagligdag til behandlingstilbuddet samt et tilbud til børn, som er vokset op i et hjem med rusmiddelproblemer, og et undervisningstilbud til forældre med børn eller unge, der har problemer med afhængighedsmidler.

I kommissoriet for arbejdet blev der opstillet nedenstående mål for behandlingstilbuddet:

Behandlingstilbuddet skal:

- ✓ bygge på evidens for, at tilbuddet kan forventes at virke
- ✓ kunne monitoreres, dvs. skal inkludere målepunkter og forslag til vidensindsamling der kan dokumentere dets effekt
- ✓ løbende evalueres - så det løbende kan forbedres

I praksis:

- ✓ være det mindst indgribende, der forventes at kunne hjælpe den unge
- ✓ foregå så tæt på dens unges hjem som muligt
- ✓ målrettes den enkelte unges behov
- ✓ være let tilgængeligt og inkludere åben rådgivning
- ✓ inkludere et tilbud til forældrene/et forældrekursus
- ✓ have sammenhæng med lokal tidlig opsporing på de steder, hvor børn og unge er
- ✓ have sammenhæng med lokale indsatser indenfor forebyggelse, meningsfulde fritidsaktiviteter, uddannelse og arbejde

Derudover skal planen indeholde aftaler om tværsektorielt samarbejde ud fra lokale forudsætninger:

- ✓ så den unges andre problemer varetages
- ✓ så den unge sikres arbejde og uddannelse

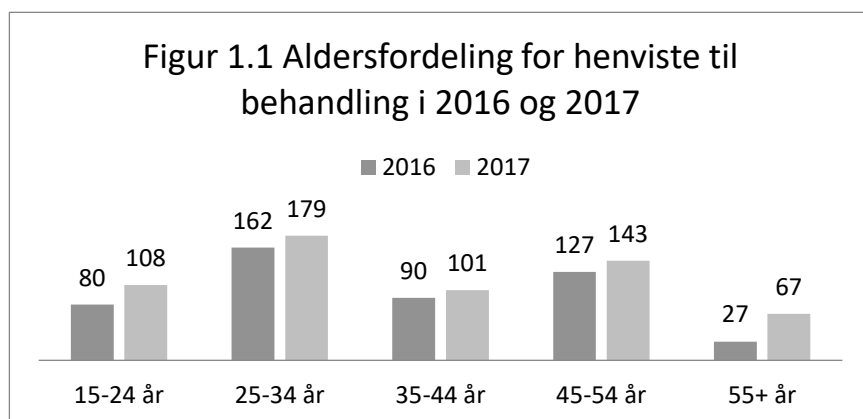
- ✓ så den unge får en god og meningsfyldt hverdag med forældre, i skolen, på uddannelsesinstitutioner og på arbejdspladsen

Det nuværende behandlingstilbud

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

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

Unge brug af behandlingssystemet



I det nuværende behandlingssystem behandles der også unge på trods af, at behandlingsindsatsen primært er målrettet voksne. I 2016 og 2017 blev efter sagsbehandling viderehenvist i alt 1.084 borgere til behandling, heraf i alt 51 unge op til 19 år (5 % af alle) og 137 unge i alderen 20-24 år (13 % af alle) (5) (Figur 1.1). Kun 10 unge var under 18

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

Hvis man ser på, hvor belastede de unge var ift. problemer med alkohol havde kun 29 af 177 ikke et alkoholproblem (storbrug, skadeligt forbrug eller afhængighed). Lidt færre af 15-19 årige havde ikke egentlig afhængighed i forhold til alle visiterede. Færre unge havde udelukkende et alkoholproblem end for alle i behandling.

Af 168 unge under 25 år havde 113 et hashforbrug. Flere unge i behandling ryger hash. Det var således kun 18 % af de helt unge og 30 % af de 20-24 årige ryger ikke hash mod 39 % af alle visiterede, mens 57 % af de 15-19 årige og 44 % af de 20-24 årige røg hash oftere end 1 gang om ugen mod 38 % af alle visiterede.

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

Der blev visiteret i alt 26 unge i 2016 og 2017, som enten var problemspillere eller afhængige af spil. Flest visiterede blandt 15-19 årige unge var problemspillere mens få var egentlig afhængige, men blandt de 20-24 årige er flere afhængige og de afhængige udgjorde samme andel som blandt alle visiterede.

2. Lokale interessenters synspunkter

Statistik kan ikke stå alene. Mange personer landet over kommer i berøring med rusmiddelproblemer blandt unge i dagligdagen og har særlig viden om situationen, der hvor de er, fx på uddannelsesinstitutioner, socialforvaltninger, døgninstitutioner el. lign. Allorfik foretog ud fra en spørgeguide (Bilag 1) en landsdækkende vidensindsamling med 35 repræsentanter fra fx skoler, uddannelsesinstitutioner, familiecentre, Majoriaq, sundhedssektoren og kommunale myndigheder fordelt over de største byer i landets kommuner. De mønstre, som tegnede sig i interviewmaterialet, blev løbende diskuteret med de lokale informanter. Disse lokale perspektiver udgør en bærende del af fundamentet for denne plan. Overordnede interviewspørgsmål og svar kan ses i Bilag 1.

Der blev overordnet fundet følgende:

- Landet over oplevede informanterne fra deres synsvinkel et *stort omfang af problemet lokalt og et stort behandlingsbehov*, men ingen kunne angive tal for dette.
- Informanterne oplevede gennemgående, at det oftest var udfordringer uden om rusmidlerne i form af *negativ social arv, problematiske normer og uhåndterlig stress*, som udgjorde problemets egentlige kerne hos de børn og unge, som de var i berøring med.
- Landet over, havde man navnligt set gode resultater ved *opsøgende og trivselsfremmende* indsatser samt *forebyggende programmer*. De hyppigst nævnte stopklodser for nuværende indsatser var *underbemanding, underkvalificering, mangelfuld koordinering/kommunikation* samt *logistiske udfordringer* ved at implementere indsatser uden for de større byer.
- Udover flere lokale tilbud generelt, var der ønske om: Et større fokus på *tidlig forebyggelse*, på *fremskudte indsatser*, på *helhedsorienterede indsatser* samt på *efterbehandling*.

3. Behandlingsbehov, valg af metoder og forventninger til behandlingsindsatsen

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

Hvor mange unge kan forventes at have et behandlingsbehov?

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

Der er pr. d. 1. januar 2018 i alt 7.913 unge i alderen 15-24 år i Grønland. Heraf bor ca. 60 % af unge i landets største byer, 26 % i øvrige byer og 14 % i bygderne (9). Det kan ud fra data i HBSC undersøgelsen fra 2014 og Befolkningsundersøgelsen fra 2014 beregnes, at omkring 27 % af unge i aldersgruppen 15-24 år har et potentielt skadeligt alkoholforbrug og at 19 % af 15-24 årige bruger hash regelmæssigt (7, 10). For forekomsten af problematisk spilleadfærd i løbet af livet ligger estimatet her på 17 %.

Nogle livsomstændigheder udgør risikofaktorer for rusmiddelproblemer uden at forårsage dem direkte. Her er set på opvækst i et hjem med en indkomst på under 25 % af medianindkomsten, arbejdsløshed i over 6 måneder hos 18-24 årige, Vold eller trusler om vold fra forældre, udsættelse for mobning mindst to gange om måneden blandt 15-17 årige, Psykisk sårbarhed i alderen 18-24, ved som 15-17 årig at have flere ængstelige/depressive symptomer (13), Selvmordsforsøg – livsforekomst (10,13), Børn og unge anbragt uden for hjemmet (14), 15-17 årige med et eller flere rusmiddelproblemer i familien (13) (se bilag for uddybning).

Minimumsskøn for behandlingsbehovet estimeret ud fra danske tal ligger årligt på mellem 711-1.792 unge og ud fra amerikanske tal på 995 unge i alderen 15-24 år. I 2016-2017 søgte 10-26 % af unge af det estimerede antal med et behandlingsbehov faktisk behandling. Tilsvarende tal for Danmark var 13 % og fra USA 7 % (15, 16) (Se Bilag 3). Problemet er i dag også at fastholde de unge i behandling, da tilbuddet i høj grad henvender sig til en anden mål- og aldersgruppe (se bilag for uddybning).

Evidens - hvad virker ved problemer med rusmidler?

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

Behandlingsvarighed

De fleste undersøgelser finder, at unge har behov for mindst 3 måneders behandling, for at den har effekt på deres afhængighedsproblematik.

Behandlingsintensiteten

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

behandles ambulant. Døgnbehandling er meget ressourcekrævende og bruges overvejende til unge med svære afhængighedsproblemer.

Metode

Metodemæssigt har mange forskellige psykosociale metoder med fokus på den enkelte unge været brugt. Ingen behandlingsmetode har i sig selv vist sig at være de andre klart overlegen. Dette hænger formentlig sammen med, at en virksom behandlingsindsats indebærer en bredde i indsatser og faglighed, som muliggør helhedsorienterede og fleksible forløb tilpasset klienternes individuelle behov. Mulige behandlingsmetoder er gennemgået i planens bilag. Kort kan siges, at **Kognitiv adfærdsterapi (KAT)** er den mest almindeligt brugte metode ofte kombineret med **Motiverende samtale** (*Motivational Interviewing, MI*). Interventioner, der nedsætter rusmiddelbruget ved at understøtte erstatningen af rusmiddelbruget med sunde interesser og tilbyder oplæring i problemløsning, kommunikation mv (**A-CRA** (*Community Reinforcement Approach* for unge) anbefales. **Familieterapeutiske metoder** vinder også større og større indpas.

Betydning af behandlingsalliancen

Relationen mellem klient og behandler opfattes i dag som meget vigtig for behandlingens effekt. Det stiller både krav til behandlerens tekniske (23) og menneskelige kompetencer (varme, forståelse, bekræftende adfærd og støtte) (24). Samtidig skal behandleren have et godt kendskab til sin metode og tillid til denne. I en dansk undersøgelse pegede alle de unge behandlet for hashproblemer relationen til behandleren som en afgørende faktor for deres udbytte og motivation. Unge med hashproblemer tillægger både behandlerne og de unge forældreinddragelse stor betydning ift. behandlingsudbyttet (25).

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

Indsatser, der understøtter behandlingseffekten

Brug af belønning (*Contingency Management, CM*) kan forstærke effekten af behandlingen (25, 26). Belønning kan gives fx i form af fx biografbilletter, penge eller ved døgnbehandling også goder eller frihedsgrader som fx ekstra computertid eller lignende. Brug af belønning må altid hænge sammen med en hurtigtest for stoffer og/eller alkohol med urinprøve el. andet.

Behandling kan med fordel forudgås af **case management**. Case management har det formål at forbedre brobygningen til relevante tilbud og give en ung med rusmiddelproblemer og sociale udfordringer overblik over sine udfordringer. Eksempler er **Projekt Andre Valg** (også: **Prøv Andre Veje, PAV**) under Socialstyrelsen i Danmark, der er et forbehandlingsprogram til at øge behandlingsmotivationen for unge på sikrede døgninstitutioner.

Brug af påmindelse er en måde at øge fremmødet på ved behandling (25).

Kontinuerlig feedback fra brugerne. Der er fundet god dokumentation for effekten af kontinuerlig feedback fra brugerne i sociale indsatser og i rusmiddelbehandling (25).

Efterbehandling, opfølgning og psykosocial støtte

For de fleste i rusmiddelbehandling gælder at en langtrækkende behandlingseffekt styrkes, når der prioriteres ressourcer til efterbehandling og opfølgende indsatser fx. en stabil boligsituation, støtte og positivt samvær i sociale relationer fx i familien, inklusion og deltagelse i sociale fællesskaber, herunder inden for uddannelse og beskæftigelse. Psykosocial støtte til afhjælpning af sociale problemer er meget virksomt, særligt for de mest belastede klienter.

Evidens - hvad virker ved problemer med pengespil?

Der er langt mindre forskning i, hvad der virker hos unge ved behandling af problemer med pengespil end med rusmidler. Kun få under 18 år søger behandling for problemer med pengespil (31). En litteraturoversigt fandt, at der ved spilproblemer var bedst evidens for kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtale og mindre evidens for andre metoder.

Hvad kan vi forvente af behandlingsindsatsen?

En effektiv rusmiddelbehandling skal ikke kun hjælpe den unge til at stoppe med eller få kontrol over rusmidlerne på kortere og længere sigt. Effektiv behandling tager udgangspunkt i hele den unges situation og skal tilpasses den unges behov (18). Indsatsen skal også hjælpe den unge til at kunne bidrage positivt i familien, på en uddannelse eller på arbejde og i samfundet. Problemer med rusmidler kræver derfor ofte langvarig eller gentagen behandling, der ikke kun rettes mod rusmidlerne, men også mod den unges mangeartede andre behov: Medicinske, psykologiske, sociale, faglige og eventuelt juridiske.

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

Hvor mange har gavn af behandlingen?

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

Grupper med særlige udfordringer

Særlige omstændigheder kan komplicere rusmiddelproblemer hos unge. Her kræves der en særlig indsats.

Unge med samtidige rusmiddel- og adfærdsproblemer. For denne gruppe er rusmidlerne kun en lille del af deres problemkompleks, og rusmidlerne bruges ofte for at få det bedre i en tung hverdag. Det er unge, der som et fundament for rusmiddelbehandlingen, har behov for en bred psykosocial indsats.

Unge med psykiatrisk diagnose. Hos unge med en psykisk sygdom og et samtidigt forbrug af rusmidler (dobbelbelastede) bruges rusmidler ofte som en form for selvmedicinering. Samtidig vil rusmiddelbrug ofte forværre deres sygdom. Det er for denne gruppe svært at skabe et vægtigt alternativ til rusmidlerne. Selve behandlingsindsatsen skal foregå med små skridt ad gangen og over en lang periode, hvor den unge vil have behov for betydelig støtte fra både rusmiddelbehandlere og det psykiatriske hjælpeapparat, da der ofte også skal justeres i fx den medicinske behandling.

Unge i bygder og mindre byer. Unge i bygder og i mindre byer vil ikke have samme direkte adgang til behandlingssystemet, ligesom lokale tilbud på de sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige og rekreative områder kan være færre. Disse unge vil dog have samme mulighed for at få rådgivning og evt. behandling som andre unge over telefonen eller internettet, mens de øvrige tilbud skal tilrettelægges ud fra lokale muligheder. Dette kræver samarbejde og koordinering af indsatsen.

Unge på døgninstitutioner. Det rapporteres fra døgninstitutionerne, at en del af de unge har et rusmiddelbrug og at skaffe penge til dette brug for nogle har negative konsekvenser. Mange af disse unge er ikke umiddelbart parate til at indgå i et behandlingstilbud, men kan have gavn af et motiverende tilbud som brobygning til relevante behandlingstilbud fx PAV (se tidligere). Institutionens pædagogiske tilgang til rusmidler er her en meget vigtig del af indsatsen omkring rusmiddelproblemer. Institutionen vil også kunne arbejde med belønninger ved rusmiddelfrihed. Herudover vil døgninstitutionens rolle være at hjælpe og støtte den unge i aktiviteter, der kan fungere som positive alternativer til rusmidlerne.

Unge med kognitive vanskeligheder. Unge med indlæringsvanskeligheder eller andre kognitive vanskeligheder kombineret med rusmiddelproblemer er en lille gruppe, men er en stor udfordring, fordi det kan være svært at skabe et vægtigt alternativ til rusmidlerne. Selve behandlingsindsatsen vil ofte foregå med små skridt ad gangen og over en lang periode, hvor den unge vil have behov for betydelig støtte fra både rusmiddelbehandlere og psykosocial støtte.

4. Kæden af indsatser fra forebyggelse til behandling

Det er vigtigt at pointere, at vejen ofte er lang fra den første brug af rusmidler til udvikling af et behandlingskrævende problem – og at der kan sættes ind alle steder på vejen. Planen ser indsatserne fra forebyggelse til behandling som en sammenhængende kæde, der omfatter:

- Generel forebyggelse
- Specifik forebyggelse
- Tilbud til børn og unge, der er ved at udvikle et rusmiddelproblem
- Ambulant behandlingstilbud
- Dagbehandling
- Behandlingstilbud og samtidig miljøterapeutisk indsats

Herudover indsatser omkring:

- Tilbud til børn og unge, som er vokset op i et hjem med rusmiddel- eller spilproblemer
- Tilbud til forældre til børn med rusmiddelproblemer

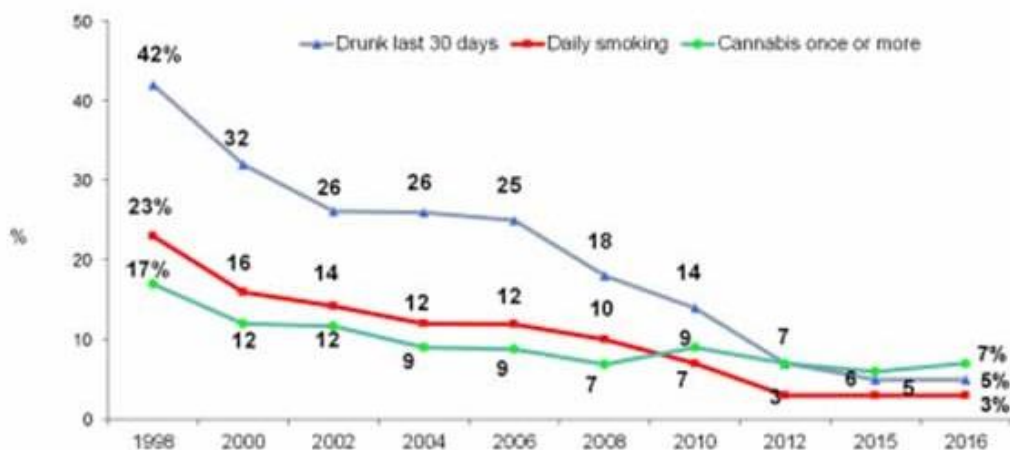
Forebyggelse

Forebyggelsen er mest effektiv, når den matcher problemernes sværhedsgrad. Målet med forebyggelsen er aktivt at nedsætte forekomst, eskalering og sværhedsgrad af rusmiddel- eller spilproblemer. *Generel* el. *primær forebyggelse* retter sig mod alle, mens *specifik* el. *sekundær forebyggelse* retter sig mod gruppen i risiko for at udvikle et problem. Der er en flydende overgang fra forebyggelse til behandling (også kaldet *tertiær forebyggelse*) og indsatserne bliver gradvist mere intensive og individrettede.

Det er vist, at effektive forebyggende indsatser i reglen foregår løbende over flere år, mens kortvarige forebyggelsesindsatser, der startes som reaktion på et konkret problem, oftest ikke har en længerevarende effekt.

Forebyggelse betaler sig: Den islandske model

Island har vist, at forebyggelse betaler sig. For ca. tyve år siden, havde islandske unge næsten det største forbrug af rusmidler blandt alle europæiske unge (Figur 5.2) (43,44).



Figur 4.1 Udviklingen i 15-16 årige, der har været fulde de sidste 30 dage (blå), nogensinde har brugt hash (grøn) og/eller ryger dagligt (rød) i Island fra 1998 til 2016

Omkring år 2000, var der i Island bred politisk enighed om nødvendigheden af en ny strategi på rusmiddelområdet ift. børn og unge. Islands Universitet foretog en undersøgelse af rusmiddelkulturen på landets skoler. Brugen af rusmidler var lavest, der hvor eleverne deltog mest i fritidsaktiviteter (3-5 gange ugentligt) og tilbragte mest tid sammen med deres forældre – derudover hvor de oplevede mest personlig støtte fra skolens side, og hvor de var mindst udendørs sent om aftenen (45). *Youth in Iceland* programmet blev navnligt udarbejdet ud fra disse fund. Tiltagene var for det meste generelt forebyggende: Der blev etableret oplysningskampagner og i 2007 en national forebyggelsesdag. Køb af alkohol blev forbudt indtil 20-årsalderen og det samme blev reklamer for alkohol. En stadig gældende lov forbyder børn mellem 13 og 16 at være udenfor efter kl. 22 om vinteren og efter midnat om sommeren.

Der blev desuden vedtaget love om at etablere forældreorganisationer på skoler og om at inddrage forældrerepræsentanter i skolens beslutninger. Ydermere blev forældre tilbudt foredrag om vigtigheden af at involvere sig i deres børns dagligdag. Den nationale forældreorganisation indførte forskellige kontrakter, som forældre til børn i forskellige aldersgrupper kunne underskrive. De indebar bl.a. løfter om ikke at lade ens børn holde fest uden opsyn, om ikke at købe dem alkohol og om at holde øje med deres almene helbred. Ud over oplysning, havde den fælles aftale blandt forældrene til formål at styrke deres autoritet.

Afsætningen af midler til fritidsaktiviteter (sport, musik, dans, kunst mv.) blev ydermere markant forøget, særligt tilskuddet til familier med lav indkomst. Derudover blev der indført nye muligheder for frivilligt og lønnet arbejde og deltagelse i det lokale foreningsliv for børn og unge. Opprioriteringen af disse aktiviteter fyldte meget i planen og var til dels inspireret af succeser fra det amerikanske *Project Self-Discovery* (46-48).

Sidst, men ikke mindst, blev der med *Youth in Iceland* sat fokus på evalueringer og evidensbaseret praksis.

Generelle forebyggelsesindsatser

De nuværende nationale forebyggelsesindsatser er kernen også i behandlingsindsatserne og ses som minimumsindsatser. Det forudsættes således her, at de nuværende forebyggelsesindsatser i "Forslag til national indsatsplan mod hash" og "Handleplan for alkoholområdet 2013-2019" og at forebyggelse af rusmiddelproblemer fortsat vil være fokusområder under Inuuneritta også efter 2019 (50-52).

Under den generelle forebyggelse hører fx også at gøre det enkelt og billigt at deltage i fritidsaktiviteter, samt at styrke samarbejdet mellem skole og hjem og at inddrage forældrene i forebyggelsesindsatser fx omkring alkoholdebut.

Generel forebyggelse inden for rusmiddelområdet

Forebyggelse under graviditeten og de første leveår. Når man løfter alle, løfter man også de svageste. Denne plan bygger også, at MANU programmet fortsætter.

Det ultimativt største forebyggelsespotentiale findes ved at forstærke den tidlige indsats over for gravide familier med særlige behov, specielt indsatsen fra graviditetens start til barnet er 2-3 år, på grund af den tætte relation mellem rusmiddelproblemer og opvækst med rusmidler samt det omsorgssvigt, der ofte følger i kølvandet på rusmiddelproblemer. I behandlingen af rusmiddelproblemer, i psykiatrien og mange andre steder ses i dag konsekvenser af at denne forebyggelse ikke har styrket tilstrækkeligt.

Forebyggelse i vuggestue- og børnehavealderen. I denne aldersgruppe, skal der sættes på styrkelse af det sociale netværk mellem børnene. Nærværende plan forudsætter, at forebyggelse af mobning med Kammagiitta (53) og omkring skoleparathed fortsætter.

Forebyggelse i skolealderen. Denne skal sikre, at barnets faglige, følelsesmæssige og sociale udvikling styrkes, og at mobning og social udstødelse bekæmpes. Det forudsættes her, at indsatsen mod mobning gennem Kammagiitta og udviklingen af børns robusthed gennem Thinkinuk (Robusthedsprojektet) (54) fortsættes.

På videreuddannelsesområdet. Den generelle forebyggelse omkring rusmidler omfatter her navnlig indsatser, der øger de studerendes ansvar over for at passe på hinanden og på at undgå skadevirkninger ved rusmiddelindtag. Også øget mulighed for rusmiddelfrie sociale aktiviteter bør være en del af indsatsen.

Rusmiddel- og spilpolitikker. Kun alkoholpolitik er et lovkrav, men idrætsforeninger, skoler, arbejdspladser og alle institutioner for børn og unge, herunder ungdomsklubber, bør have en rusmiddel- og spilpolitik. En politik, der er kendt af alle og som giver direkte og konkrete anvisninger og indeholder et beredskabsnotat for hvad der gøres, hvis problemet opstår. Nøglepersoner i institutioner for børn og unge og lærerstuderende skal have kompetencer til at tage samtaler om rusmidler.

Generel forebyggelse inden for spilområdet

Der er i dag ingen forebyggelsesindsatser på spilområdet. Der er her fundet behov for fx strukturelle indsatser, såsom at opdatere regelsæt, der kan beskytte børn og unge mod pengespil, kampagner om risiko ved onlinespil men også lavpraktiske forebyggende indsatser, som fx i matematikundervisningen at bruge øvelser omkring chancer ved lodtrækning og gevinstchancer ved spil.

Specifikke forebyggelsesindsatser

Man ved, at brugen af rusmidler for de fleste unge starter med tobaksrygning, mens alkoholdebuten ligger ca. 1 års tid senere (55). Hash er mindre udbredt og brugen starter som for alkohol ofte ved fester. Forebyggelsen er tænkt ud fra behov i forskellige aldersgrupper og i forskellige arenaer fx daginstitutioner og skoler. Det er således udgangspunktet at indsatsen skal kunne fungere både i større byer, mindre byer og bygder, men også skal tilpasses behov og muligheder de enkelte steder.

Forebyggelse under graviditeten og de første leveår. Her er det vigtigste at sikre, at alle børn får den støtte og det samvær fra deres omsorgsgivere, der bedst understøtter deres udvikling. Forældre, der har været udsat for gentagende omsorgsvigt tidligt i deres liv, der har et stort rusmiddelforbrug eller - som det ofte ses i Tidlig Indsats programmet – har begge dele, magter trods gode intentioner ikke altid at være ”gode nok forældre”. At bekæmpe social ned arv af rusmiddelproblemer kræver fokus på forældrenes omsorgsevne i Tidlig Indsats programmet.

Forebyggelse i skolealderen. De specifikke forebyggelsesindsatser forventes at foregå i skolerne på mellem- og ældstetrinnet samt på efterskoler og gymnasier, som en del af undervisningen. I disse indsatser bør forældrene så vidt muligt inddrages. Samtaler om rusmidler kan dog også tages op i andre sammenhænge, hvor de unge er, fx i ungdomsklubber og sportsforeninger.

Konkrete forslag til forebyggende indsatser

Nedenstående betragtes som et minimumsforlag til, hvilke materialer til undervisning omkring rusmidler, som forventes udarbejdet nationalt. Herudover kan der være andre fx kommunalt valgte indsatser, der prioriteres lokalt.

Til mellemtrinnet – Undervisningsmateriale: Rusmidler og fester. Børns hjerner er ikke færdigudviklede. Ud fra et sundheds- og udviklingsperspektiv bør en evt. rusmiddeldebut derfor udsættes længst muligt. En vigtig forebyggelsesindsats kan være, at klassens forældre og institutionens forældrebestyrelse laver fælles retningslinjer for brug af alkohol til klassefester og etablerer nultolerance for brug af hash.

Også hensigtsmæssig kommunikation om rusmidler, fordringer om at passe på hinanden og afklaring af egne værdier i forhold til rusmidler er vigtige undervisningselementer. Undervisning i form af klassedialoger ved begyndende problemer vil være en indsats under Allorfik.

Til ældstetrinnet - Undervisningsmateriale til et forløb om rusmidler. Det blev påpeget af interessenter, at opdateret materiale til skoler, der ønsker at lave et undervisningsforløb om rusmidler, mangler. Undervisningsmaterialet kan fx tage temaer op som flertalsmisforståelser, vold og rusmidler og hvorfor bruger du rusmidler fx et eksempel på et sådant undervisningsprogram er Projekt PAS, som Allorfik har afprøvet med unge fra forskellige sammenhænge. Flertalsmisforståelse er den fejlagtige opfattelse af, at alle andre unge har prøvet mere end man selv har. Allorfik vil stå for udbredelsen af Projekt PAS med mulighed for at overdrage indsatsen til skolerne senere.

Også hensigtsmæssig kommunikation om rusmidler, fordringer om at passe på hinanden og afklaring af egne værdier i forhold til rusmidler er vigtige elementer. Disse forløb kan også køres i fx døgninstitutioner og på højskoler eventuelt som en start på andre indsatser. Undervisning i form af klassedialoger ved begyndende problemer vil også være en indsats under Allorfik.

Specifik forebyggelse inden for spilområdet

En meget relevant specifik forebyggelsesindsats er indsatser i sportsklubber, da der både i udlandet og i Grønland er fundet sammenhæng med pengespil og sport, som accentueres af den stigende e-sport. Dette forventes som indsats under Allorfik i samarbejde med Grønlands Idrætsforbund.

5. Behandlingstilbuddet

Forældre og familie kan være vigtige støtter når børn og unge har et rusmiddel eller spilproblem. Inddragelse af disse er derfor vigtig. Det skal dog altid ske med den unges viden og accept og under hensyn til, at unge over 15 år har ret til ikke at få involveret forældrene i et anonymt samtaleforløb. Ved henvisning til egentlig behandling bør forældrene altid være involveret og deres accept er nødvendig for unge under 18 år.

Behandlingstilbuddet bygger videre på de forebyggende indsatser og skal bestå dels af indsatser til børn og unge, der er ved at udvikle et rusmiddelproblem og dels et tilbud om egentlig behandling. Disse indsatser skal udføres i regi af Allorfik. Behandlingsindsatsen er organiseret ud fra en trinvis model, der bygger på:

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

Indsatser til børn og unge, der er ved at udvikle et rusmiddelproblem

Indsatser til børn og unge, der er ved at udvikle et rusmiddelproblem er tænkt som en glidende overgang til den egentlige behandlingsindsats. Det er for unge ofte et stort skridt selv at henvende sig i et behandlingstilbud. Det er derfor vigtigt at nå ud til de unge, der hvor de er og at den unge oplever, at det er let at få hjælp.

Rådgivningstelefon

Der bør udbydes en rådgivningstelefon omkring rusmiddelproblemer bemandet med personale, som har uddannelse i at tale med børn og unge og som har viden om rusmidler. Dette kan organiseres ved, at rådgivningstelefonen bliver varetaget af rusmiddelbehandlere fra Allorfik mellem kl. 9-15, og at rådgivningen bliver en del af rådgivningstelefonen i aften timerne.

Indsats i skolernes ældstetrin, efterskoler, gymnasier og Majoriaq

For at sikre let tilgængelighed ønskes et tilbud, hvor behandlere fra Allorfik er fysisk tilstede på skolerne. Det gælder 9.-10 klasser i folkeskolen, efterskoler, gymnasier og Majoriaq. Det skal foregå løbende i byer med et behandlingscenter og under intensiv tilstedeværelse eller som internetmøder i øvrige byer. For skoler i bygger, må indsatsen tilpasses efter de lokale ressourcer, muligheder og behov. Tilbuddet skal bestå af flere sammenhængende indsatser:

a) Anonyme individuelle samtaler med behandlere fra Allorfik på uddannelsesinstitutioner

Et tilbud om individuelle samtaler med en rusmiddelbehandler kan udbydes ved henvendelse fra den unge selv eller en lærer. Tilbuddet er til 9.-10 klasse i folkeskolen, gymnasier, efterskoler og Majoriaq i byer med et behandlingscenter. En behandler kommer på en fast ugedag til skolen i en hel dag og står til rådighed for samtaler og samvær med eleverne samt undervisning af både elever og lærere. Dette varetages i et samarbejde mellem Allorfik og skolerepræsentanter, fx klasselærere. Under samtaletilbuddet kan den unge gives op til 10 anonyme samtaler om rusmidler og relaterede problemer. Da unge med et rusmiddelproblem også ofte har faglige vanskeligheder og/eller mange forsømmelser på grund af rusmiddelproblemet, skal skolen kunne kræve, at den unge deltager i samtaler med behandleren. Da mange unge med rusmiddelproblemer

også har problemer, der kræver socialfaglig ekspertise, bør skolens socialrådgiver eller en socialrådgiver udefra også stå til rådighed. Unge i øvrige byer og i bygder kan modtage et tilsvarende samtaletilbud over telefon eller internettet.

b) Samtalegrupper på skolerne På skoler eller institutioner, hvor problemet omfatter flere unge, kan behandleren i stedet for vælge at afholde individuelle samtaler etablere samtalegrupper for unge med rusmiddelproblemer. Dette skal primært varetages af Allorfik.

c) Undervisning af lærere Rådgivningslærere osv. undervises i samtaleforløbet, men derudover kan der fra behandlerne tilbydes undervisning for lærere fx om rusmidler, om samtaler om rusmidler og om behandlingstilbuddet. Dette skal primært varetages af Allorfik.

d) Undervisning af elever fx i form af en klassedialog om rusmidler. En klassedialog er et tilbud fra behandlingsinstitutionen til klasser, hvor der kan være problemer med rusmidler. Dialogen i klassen handler bl.a. om, hvad de andre i klassen og andre hjælpere kan gøre, hvis de opfatter, at en af deres kammerater er ved at udvikle eller har et problem med rusmidler. Dette skal primært varetages af Allorfik med henblik på overdragelse til skolerne senere.

Skolens samarbejde med forældrene. Skolens samarbejde med forældre omkring den unges problemer er en naturlig og meget vigtig del af indsatsen fra skolens side. Hvis forældrene selv har problemer med rusmidler, er dette ekstra vigtigt. Ved ønske kan Allorfik inddrages.

Behandlingsindsatser

Behandlingstilbud ligger i naturlig forlængelse af indsatsen på uddannelsesinstitutionerne og varetages af Allorfik.

b) Indberetning til de sociale myndigheder. Når der henvises til behandling af unge under 18 år, vil der samtidigt ske indberetning til de sociale myndigheder idet der meget ofte vil være behov for en socialfaglig undersøgelse. Så unge der udvikler et egentlig behandlingskrævende rusmiddelbrug vil altid have andre problemer også fx omkring den unges tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelsessystemet, boligforhold, fritidsaktiviteter samt forholdet i hjemmet, til forældre og til andre nære relationer.

c) Den åbne anonyme rådgivning på behandlingscentre under Allorfik. Den anonyme rådgivning skal være åben i behandlingscentre kl. 9-15 på hverdage, hvor behandlere skal kunne besvare henvendelser fra unge, forældre, arbejdsgivere og fagpersoner inden for social-, sundheds- og uddannelsesområdet mv.

d) Kortere anonyme rådgivningsforløb på behandlingscentre under Allorfik. Disse skal udgøre et samtaletilbud til unge, der har et rusmiddelproblem, men som endnu ikke er klar til at gå i behandling. Der kan gives op til 10 anonyme samtaler til de unge – alene eller med forældre eller venner, hvis det er ønsket. Også forældre til rusmiddelbrugende unge kan tilbydes et anonymt samtaleforløb af kortere varighed. Rådgivningen skal i byer og bygder uden behandlingscentre kunne ydes over telefon eller internet.

e) Ambulant behandling under Allorfik. Den ambulante behandling består af et samtaleforløb 1-5 gange ugentligt i 4 måneder. Samtalerne forventes i starten at være individuelle, men senere i forløbet, kan behandlingen evt. foregå i grupper. Det ambulante behandlingstilbud skal have en opfølgning på 6 måneder, hvor kontakten til den unge langsomt trappes ned. Et tilbud til børn og unge i mindre byer og bygder skal etableres som kortere behandlingstiltag lokalet med et internet baseret før- og eftertilbud

f) Ungegrupper og fællesseancer i Allorfikcentre. For at styrke opbygning af alternativer til rusmidlerne tilbydes i behandlingsinstitutionen fællesseancer med samvær med andre unge med fx fælles madlavning og aktiviteter hver 14. dag. Kommunen bør evt. i samarbejde med NGO'er el. lign. etablere fælles aktivitet fx motions- eller sportsaktiviteter. Unge i behandling tilskyndes til at lave egne ungegrupper der mødes til fællesaktiviteter.

g) Dagbehandling. Dagbehandlingstilbuddet er ikke noget Allorfik kan løfte alene og oprettelse af dagbehandling i byer med et Allorfikcenter skal planlægges i samarbejde med kommunerne, Majoriaq eller andre dagtilbud. Dagbehandlingstilbuddet er for unge, der ikke kan profitere af ambulante behandling, men har brug for en mere struktureret indsats, hvor de unge typisk møder mandag til fredag og deltager i et fast halv- eller heldagskema. Ønsket er, at kunne yde en struktureret gruppebehandling af rusmiddelproblemet og samtidig socialfaglig indsats og forskellige aktiviteter med pædagogisk/socialt sigte og evt. undervisning.

Andre elementer i behandlingsindsatsen

Som tidligere beskrevet er fundet evidens for at belønning, brug af påmindelser og opfølgning efter behandling gør at flere gennemfører og at behandlingsresultatet bedre fastholdes.

a) Brug af belønning. Belønningen gives kun for rusmiddelfrihed og kun i forbindelse med det ambulante behandlingsforløb. Det skal derfor være muligt at lave en hurtigtest af urin for hash og/eller en test af udåndingsluften for alkohol. Brug af belønning aftales ved behandlingsstart med den unge og for mindreårige også med værge. I behandlingen gives belønning som penge, gavekort eller lignende startende med et mindre beløb som øges med længden af rusmiddelfrihed. Hvis den unge bor på en døgninstitution eller tilsvarende, kan supplerende belønning gives som et gode, fx computertid eller ekstra fritid.

b) Brug af påmindelser om aftaler ønskes brugt generelt som SMS eller opringning dagen før en behandlingsaftale.

c) Opfølgning efter behandling: Understøttende opfølgning tilbydes i behandlingsinstitutionen i et 6 måneders forløb som samtaler med den unge og evt. pårørende. Intensitet aftrappes over tid.

Andre tilbud under behandlingscentre

Ungegruppen. På behandlingscentre eller i samarbejde med fx familiecentre tilskyndes unge i behandling og i opfølgningsforløb at danne en gruppe, hvor de mødes ugentligt og støtter hinanden.

Pårørendetilbud. Pårørende til unge med rusmiddelproblemer tilbydes i behandlingscentrene et forløb uafhængigt af, om den unge er i behandling. Det er et gruppetilbud en enkelt gang hver uge over 6 gange. Grupperne opfordres til efter endt forløb at fortsætte møderne. Pårørendeforløb kan også udbydes fra lokale familiecentre efter undervisning i konceptet.

Tilbud til børn hvis forældre har eller har haft et rusmiddelproblem. På alle behandlingscentre oprettes der grupper for børn og unge opvokset med rusmidler - dels en gruppe for de ca. 8-12 årige, en teenagegruppe og en ungegruppe i op til alderen ca. 25 år afhængigt af de lokale behov. Den unge visiteres til at indgå i grupperne. Konceptet er styrede samtaler og information om, hvad rusmidler gør ved brugeren samt betydningen for omgivelserne med vægt på betydningen for børn og unge. Forløbene kan fx også gives på familiecentre eller uddannelsesinstitutioner efter uddannelse i konceptet.

5.4 Tilbud til specielle grupper med rusmiddelproblemer

Unge på døgninstitutioner. For denne gruppe er institutionens pædagogiske tilgang til rusmidler en meget vigtig del af indsatsen. Tilgangen skal understøtte den tilgang til rusmidler, som introduceres i behandlingsarbejdet og skal arbejde med motivation og brobygning til behandlingstilbuddet, fx med metoden Prøv Andre Veje (PAV). Allorfik forventes at kunne tilbyde PAV konceptet i institutionerne indenfor 2019. Institutionen vil også, fx kunne arbejde med belønning ved rusmiddelfrihed. Omkring selve behandlingstilbuddet gives unge på døgninstitutioner samme behandlingstilbud som andre unge.

Unge med en psykiatrisk lidelse. Behandlingen af unge med en psykisk sygdom og et samtidigt forbrug af rusmidler er en opgave, der kan blive svær at løfte. For nuværende skal den varetages i Allorfik i tæt samarbejde med sundhedsvæsenet, boenheder, forældre og andre omkring den unge. Behandlingstilbuddet er overordnet det samme som for andre unge, omend med større vægt på støttende samtaler. Selve behandlingen vil ofte være langvarig og den unge vil have behov for betydelig støtte fra både rusmiddelbehandlere, det psykiatriske hjælpeapparat og andre fordi det er meget svært for denne gruppe at finde vægtige alternativer til brugen af rusmidler.

Unge i mindre byer. Unge i mindre byer vil have samme mulighed for at få rådgivning som andre unge over telefonen eller internettet. Ved behov for behandling gives som udgangspunkt samme behandling som på behandlingscentrene, men over nettet kombineres denne med kortvarige intensive forløb med daglige behandlinger lokalt i perioder. Erfaring fra sundhedsvæsenet omkring telepsykiatri har dog vist, at der ved behandling over nettet er brug for en lokal tovholder. Det foreslås derfor, at der i forbindelse med opstart af behandlingen udpeges en lokal ankerperson fra fx familiecentrene. Disse skal understøtte fremmøde til behandlingsmøderne. De vil også stå for undersøgelse af urin og/eller udåndingsluft og varetage belønninger efter aftale med behandleren.

Nogle unge med mere vidtgående vanskeligheder pga. rusmidlerne eller deres øvrige situation vil have gavn af en mere intensiv støttende indsats, der er planlagt individuelt.

Unge opvokset med omsorgssvigt, rusmiddelproblemer og samtidige adfærdsproblemer. Dette er en lille, men ressourcekrævende gruppe af unge. Nogle af disse unge har også udadreagerende adfærd og har fx ikke kunnet passe ind i en døgninstitution pga. dette. For denne gruppe er rusmidlerne kun en meget lille del af deres problemkompleks og rusmidlerne bruges ofte for at lette en tung hverdag.

En indsats for denne gruppe er ikke en del af denne plan, da Indsatsen samtidig med behandlingen af rusmiddelproblematikken vil kræve et tætmasket pædagogisk tilbud, der realistisk set kun ville kunne gives under døgnophold. Oprettelse af døgninstitutioner for denne gruppe vil kræve afklaring af gruppens størrelse, alders- og kønssammensætning samt uddannelsesmæssige ståsted i nært samarbejde mellem kommunerne og Selvstyret for at kunne vurdere behovet og implementere en indsats for gruppen.

Problemer med pengespil

Grundlæggende er de metoder der bruges ved behandling af ludomani de samme som for rusmidler, men metoderne bruges lidt anderledes. Da der kun forventes at komme få helt unge i behandling for problemer med spil foreslås det, at det nuværende tilbud under Allorfik udvides til at dække borgere under 18 år, der måtte have et behandlingsbehov.

Det nuværende tilbud i Allorfik ønskes på sigt suppleret med et online tilbud eller et kortere behandlingsforløb understøttet af et internetforløb før og efter behandlingsforløbet.

6. Metode, udbud, henvisning og visitation til behandling

Ud fra evidensen (se kapitel 3) planlægges, at den grundlæggende metode for rusmiddelbehandlingen af unge bliver motiverende samtale kombineret med kognitiv adfærdsterapi. Disse metoder er videnskabeligt veddokumenterede og har vist sig som værende virkningsfulde ved behandling af problemer med rusmidler og pengespil. Kognitiv terapi er en meget fleksibel terapiform, som kan kombineres med mange andre metoder fx *mindfulness*, *systemiske* og *familieorienterede metoder*. Der udbydes allerede uddannelser inden for disse metoder, da metoderne er i brug i voksenbehandlingen under Allorfik.

Behandlingssteder

Det vil altid være målet, at behandlingen foregår så tæt på den unges bopæl som muligt. Dels giver det bedre muligheder for samarbejde med forældre og netværk, men også for at varetage den unges øvrige behov for fx arbejde eller uddannelse. Ved at etablere behandlingscentre også for unge under Allorfik i hver af de 5 kommuners største by vil centrene dække 61 % af unge i aldersgruppen 15-25 år (9), de store uddannelsesbyer og de fleste byer med døgninstitutioner for børn og unge. At lægge behandlingen ind under Allorfik vil have både ressourcemæssige og praktiske fordele, vil fx gøre det enklere og billigere at etablere et tilbud og vil gøre det samlede behandlingssystem af problemer med rusmidler og spil mere robust. Behandlingen i mindre byer og bygder forventes til dels at udgå fra centrene og til dels blive varetaget af eksterne udbydere som det sker i dag på voksenområdet.

Henvisning og visitation

Det skal være let for den unge og deres familie at komme i kontakt med behandlingsinstitutionen. Som ovenfor beskrevet skal de unge allerede så vidt muligt mødes på de uddannelsesinstitutioner, hvor de allerede er. Herudover skal åbne rådgivning i Allorfikcentre skabe en enkel og lettilgængelig indgangsport til rådgivning og til behandling. Det forventes, at de fleste unge eller deres familie de steder, hvor der er en behandlingsinstitution, selv vil bestille tid eller vil møde i den åbne rådgivning eller vil få hjælp til dette i deres netværk. De sociale myndigheder eller institutioner med aftale med behandlingsinstitutionen omkring dette vil også kunne henvise den unge direkte. Unge der ikke er bor på et bosted med en behandlingsinstitution eller som er bosat på en social institution, kan henvende sig direkte til den åbne rådgivning, men ved behov for egentlig behandling, må visitationen ske gennem de kommunale myndigheder som det allerede i dag sker på voksenområdet. Opstart af behandling for unge under 18 år kræver skriftlig accept fra forældre/værge.

7. Øvrige indsatser og brobygning til behandling

Som beskrevet tidligere er inddragelse af familien særlig vigtig, men når de unge er kommet til behov for egentlig behandling, så vil den unges familie ofte ikke kunne magte opgaven og har ofte selv brug for støtte. Herudover stiller lovgivningen allerede klare krav til forældrenes indsats. I dette kapitel beskrives derfor primært den støtte, der skal hentes uden for familiens rammer.

At skulle slippe rusmidlerne kræver, at den unge kan se attraktive alternativer. Livet leves primært uden for behandlingen. Rusmiddelbehandling kan derfor ikke stå alene. Sagt på en anden måde: *Der kan kun skrues ned for rusmidlerne, hvis der samtidigt skrues op for det gode liv.*

Det bedste program tilbyder en kombination af behandling og andre tilbud, der møder den unges behov for en indsats der kan binde over mod det nye rusmiddelfrie liv og som kan der øger den unges trivsel, livskvalitet og egenomsorg samt den unges tilhørsforhold til andre unge uden for rusmiddelmiljøet.

Det er specielt indsatser inden for områderne uddannelse/opkvalificering, beskæftigelse/arbejdsmarkedet, meningsfulde fritidstilbud, sundhedsbetjening, social service og eventuelt retsvæsen/kriminalforsorgen, der kan understøtte den unge (Figur 7.1).



Figur 7.1 Det bedste program tilbyder en kombination af behandling og andre tilbud, der møder den unges behov (efter ref. 57)

Nedenstående forslag til indsatser er baseret på fx NIDA's anbefalinger (57) og på interressentundersøgelsen.

Uddannelse, opkvalificering og indtræden på arbejdsmarkedet. Mange, der behandles for rusmiddelproblemer, har hverken arbejde eller uddannelse (4, 5). Det gælder ikke mindst familier i Tidlig Indsats (58). For

unge vil det at være under uddannelse eller i arbejde ofte være en beskyttende faktor mod at udvikle eller få tilbagefald til rusmiddelproblemer. Deltagelse i fællesskaber med konstruktive formål, opbygger selvværd gennem at mestre arbejds- eller skoleopgaver og forbedrer den unges levestandard med det samme eller på sigt gennem at få en uddannelse. Et mål er derfor, at alle unge får tilknytning til uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet under behandlingen. Relevante indsatser spænder fra hjælp til at færdiggøre folkeskolen, komme i uddannelse eller ud på arbejdsmarkedet. Uddannelsesindsatser, revaliderings- og arbejdsformidlende instanser og ikke mindst vejledning er her vigtige for at bygge bro mellem uddannelsessystemet og erhvervslivet.

De fleste informanter pegede på dette område som essentielt for en virksomhedsfuld behandling, men også på ønske om: Bedre materialer, kvalitetssikring af pædagogikken, bedring af det faglige udbytte, bedre indsatser mod frafald og flere gode rollemodeller.

Fritidstilbud Fritidsaktiviteter kan udgøre attraktive alternativer til rusmidler og danner bl.a. ramme om socialt samvær, oplevelser af mestring, kreativ udfoldelse og afbræk fra hverdagen. Det er vigtigt at sørge for, at evt. fritidstilbud er alderssvarende og relevante (2). Som en informant påpegede, kan unge kan være interesserede i andet end sport og musik. Informanter fra samtlige kommuner angav, at de allerede vægtede at udvide børn og unges fritidsmuligheder med flere tilbud og bedre inventar. Eksempler var uddeling af gratis idrætstøj og at arrangere aktiviteter for familier omkring lønudbetaling.

Social service og myndighedsområdet. For mange unge vil der være behov for indsatser fra myndighedsområdet og andre sociale indsatser. Flere informanter nævnte dårlige hjemlige forhold og i meget høj grad boligproblemer som en alvorlig hindring for at indgå i arbejde eller uddannelse.

Socialt netværk og et godt nærmiljø. Et velfungerende socialt netværk fremmer trivsel hos den unge og giver mulighed for personlig støtte. Relevante tiltag kan rette sig mod alle personer involveret i den unges liv: Familie, venner, lærere, naboer mv. Støtten kan også komme fra uddannede rollemodeller, kontaktpersoner, kollegiepædagoger el. lign., hvor målgruppen er. Oprettelse af flere familieaktiviteter og kammeratlig støtte som undervisningstema er andre eksempler. Et efterskoleophold giver den unge en frisk start og derudover særlige muligheder for at styrke sit sociale netværk og sociale kompetencer. Flere informanter pegede på forbedrede muligheder på efterskoleområdet: Øget tilskud og forbedret samarbejde, også med danske efterskoler. Det er i dag således at borgere med problemer i mange byer ofte bor i det samme nærmiljø. Måske fordi boligerne er billige. Levende boligmiljøer med boliger der er til at betale for alle og med en bred sammensætning af indbyggerne er efterstræbelsesværdigt.

Basal livskvalitet og sundhedsbetjening. Trygge og værdige levevilkår er basale betingelser for et godt liv. De unge har behov for struktur omkring fx: Et trygt hjem, gode opvækstvilkår, gode kostvaner, fysisk aktivitet, tilstrækkelig søvn, muligheder for god hygiejne, at daglige fornødenheder er sikret gennem rimelig økonomi, samt sundhedsfaglig hjælp ved behov. Her er mange muligheder for konkrete indsatser, fx gratis morgenmadsordninger el. kampagner, der sætter fokus på almen sundhed, god kost og motion. Samtidig må peges på basale områder som et trygt hjem og gode opvækstvilkår som områder, hvor der var uopfyldte behov. Behov for sundhedsbetjening gælder også psykisk sundhed. Det kan fx være lettere adgang til udredning af en psykiatrisk diagnose såsom angst, depression, selvskadende adfærd eller ADHD.

Retsvæsen og kriminalforsorg. Politiet gør i dag et stort kriminalpræventivt og generelt forebyggende arbejde. Nogle unge med rusmiddelproblemer kommer dog på kant med loven. En del af indsatsen for disse er at hjælpe til at få bragt orden i tilværelsen igen efter dette.

Samarbejdet mellem behandling og de kommunale indsatser.

Det ønskes, at de samarbejdsaftaler, som Allorfik etablerer med kommunerne, også skal omfatte ungebehandling. Det er vigtigt at skabe en synergieffekt mellem behandlingen og de øvrige indsatser omkring klienten enten ved at oprette et **lokalt samarbejdsforum** eller ved at Allorfik inddrages i allerede eksisterende fora med samme målsætning omkring at planlægge indsatser for den enkelte unge (efter samtykke). Herudover skal der enten oprettes et nationalt samarbejdsforum bestående af ledende repræsentanter fra kommunerne og fra behandlingssystemet eller sikres at rusmiddelbehandlingen får vægt i et eksisterende forum, der kan foreslå nye indsatser og som de lokale fora kan bringe principielle sager omkring tilbud og samarbejde op til. Herudover skal det nationale forum være sparring for monitorering og evaluering af behandlingsindsatserne.

8. Uddannelsesindsatsen

Oprettelse af et særligt behandlingstilbud til børn og unge er et nyt område og vil derfor kræve en betydelig uddannelsesindsats både af behandlere og af andre professionelle med kontakt til børn og unge med rusmiddel og/eller spilproblemer.

Uddannelsesindsatsen omfatter:

PAS kursus i forebyggelse af rusmiddelproblemer i folkeskolerne. Allorfik ønsker at tilbyde dette forebyggelsesprogram modificeret til grønlandske forhold til alle skoler i byer med et Allorfikcenter eller at kunne tilbyde programmet som et tredages tilbud til andre byer og større bygder. Målet er dog en overdragelse til kommunerne/skolerne på sigt, så der i alle kommuner er lærere, som kan undervise i et PAS-program.

Kursus for personale i uddannelsesinstitutioner, døgninstitutioner, væresteder og efterskoler, sundheds-væsenet og beskæftigelsesområdet. Allorfik har lavet et tredages kursusforløb til skoler og institutioner med undervisning i rusmidler generelt, samtalen om rusmidler, rusmidler i familien og behandlingstilbuddet. Målet for indsatsen er at der er personale på alle relevante institutioner, der har gennemgået dette eller et lignende kursustilbud. Muligheder for unge for at komme i rusmiddelbehandling samt andre relaterede tilbud skal være kendt og synlige for alle instanser: sundhedsvæsenet, beskæftigelsesområdet, socialforvaltninger, børne- og familieforvaltninger, samt undervisningssektoren. Dette kursus kan udbydes af Allorfik lokalt som et 3-dages kursus på begge sprog.

Kursus for døgninstitutionspersonale i PAV (Prøv Andre Veje) justeret efter grønlandske forhold. Som beskrevet ønsker Allorfik i samarbejde med Socialstyrelsen at tilbyde dette program fra efteråret 2019. Målet er, at alle døgninstitutioner kan arbejde med at motivere unge til behandling og kan brobygge til behandlingssystemet.

Kursus i den fremskudte indsats i skoler og uddannelsesinstitutioner.

Dette er et kort kursus som introducerer samtalen om rusmidler og behandlingssystemet. Målet er, at alle relevante uddannelsesinstitutioner har en eller flere lærere, som kan tale med unge med rusmiddelproblemer og deres forældre, som samarbejder aktivt med et eller flere behandlingscentre og som har et godt kendskab til behandlingssystemet og metoderne i behandlingen.

Kursus i klassedialoger. Dette kursus skal tilbydes af Allorfik til skoler eller uddannelsesinstitutioner med unge, hvor en eller flere elever i klassen har et rusmiddelproblem. Målet er, at fagpersonale på uddannelsesinstitutionerne på sigt selv kan undervise i forebyggelse af rusmiddelproblemer med klassedialoger.

Kursus i tilbud til forældre med unge med rusmiddelproblemer. Forældre til unge, der har et rusmiddelproblem har ofte brug for hjælp til blandt andet hensigtsmæssig kommunikation med den unge og mere viden om rusmidlerne. Målet er, at behandlere og relevant personale på familiecentre og uddannelsesinstitutioner på sigt kan undervise i et gruppeforløb for forældre til børn med et rusmiddelproblem.

Grunduddannelse for behandlere modificeres til også at kunne inddrage behandling af unge. Målet er, at etablere en relevant grunduddannelse for rusmiddel- og spilbehandlere, der har synergi med uddannelse af behandlere på voksenområdet. Behandlerne skal have uddannelse i motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi generelt og specifikt brug af disse metoder med unge. Behovet for uddannelse kan dækkes ved

at der tilføjes et særligt ungemodul på 1 uge til den nuværende uddannelse i motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi for behandlere på voksenområdet.

Videreuddannelse af behandlere

På sigt er det ønskeligt at 1-2 behandlere i hvert Allorfik center har en udbygget uddannelse inden for kognitiv behandling og motiverende samtale og at der uddannes grønlandssprogede undervisere i motiverende samtale. Herudover bør alle behandlere på sigt have en overbygning i form af en psykoterapeutuddannelse godkendt af Dansk Psykoterapeutisk Forening eller tilsvarende.

Uddannelse af behandlere i supervision og supervision af behandlere

1-2 behandlere på alle centre uddannes selv inden for supervision for at kunne supervisere personale på fx døgninstitutioner, der har unge med rusmiddelproblemer. Uddannelsen tilbydes allerede gennem Peqqissaa-nermik Ilinniarfik, p.t. hvert 2. år.

Alle behandlere skal tilbydes supervision: Dels metodesupervision og dels ekstern fagprofessionel supervision.

9. Monitorering, evaluering og forskning

Monitorering og evaluering spiller en afgørende rolle for bl.a. kvalitetssikringen af indsatsen. Det er fordelagtigt så vidt som muligt at bygge videre på etablerede strukturer ved denne løbende overvågning.

Monitorering

På voksenområdet overvåges rusmiddelbehandlingen gennem Allorfiks databaser. Ifm. opstarten af behandlingen af unge skal de modificeres til også at kunne omfatte ungegru.

- 1) *Visitationsdatabasen (henvisninger)*: Indeholder data på rusmiddel- og spilproblemernes sværhedsgrad ved opstart af behandlingen med instrumenterne AUDIT, DUDIT og en pengespilskala. Visitationsdatabasen indeholder også en efterforløbsplan med sagsbehandlerens vurdering af behov for opfølgning.
- 2) *Behandlingsdatabasen*: Overvåger behandlingssted, opstart og gennemførelse af behandlingen.
- 3) *Den nationale rusmiddeldatabase (KN-ASI)*: Overvåger en lang række data omkring rusmiddelforbrug, fysisk sygdom, psykisk sygdom, uddannelse, arbejde, opvækst og eventuel kriminalitet ved behandlingsstart. Ved behandlingsafslutning, efter 3 måneder, 6 måneder og 12 måneder udfyldes en kortere udgave, der bruges til vurdering af effekten af behandlingen.

Kontinuerlig vurdering under behandlingen med WHO-5: Herudover skal behandlingseffekten vurderes gennem monitorering af den unges aktuelle trivsel, koncentrations- og planlægningsevne samt forbrug af rusmidler med WHO5 eller TEM).

Monitorering af udgående indsatser: De udgående indsatser på skoler og uddannelsesinstitutioner foreslås overvåget gennem indberetninger fra behandlerne på afholdt undervisning og i hvad og af hvem, antal samtaleforløb og antal samtaler, antal gruppeforløb og antal sessioner for gruppen.

Samlet ønskes kernedata afrapporteret i en årsrapport for indsatsen.

Monitorering af de generelle folkesundhedsaspekter og effekten af forebyggelsen

Dette kan ske gennem den allerede etablerede monitorering med Befolkningsundersøgelsen for de over 15-årige samt ved den skolebaserede undersøgelse HBSC Greenland (Health Behaviour in School-aged Children Greenland). Begge undersøgelser har et bredt folkesundhedsmæssigt fokus og spørger også til rusmidler og spil. Begge udarbejdes af forskergrupper under Statens Institut for Folkesundhed under Syddansk Universitet for Departementet for Sundhed og gennemføres hvert 4. år.

HBSC-undersøgelsen afrapporteres i rapporter til kommunerne, en national rapport og en rapport i samarbejde med WHO, der inkluderer alle de 48 lande, der udfører undersøgelsen. Herudover gennem forskningsartikler. Befolkningsundersøgelsen afrapporteres som en national rapport og med forskningsartikler.

Evaluering

Med baggrund i det betydelige ressourcetræk, som implementeringen af den foreslåede indsats kræver, vil evalueringer af tilbuddene være relevante herunder samfundets afkast fra investeringen.

Ad hoc evaluering af enkeltelementer: Evaluering af enkeltelementer kan ske med kvalitative og kvantitative metoder, der involver brugerne i metoder og evalueringspraksis.

9.3 Forskning

Forskning er vigtig for at kunne forbedre indsatsen. Allorfiks databaser kan danne baggrund for forskningsanalyser af fx sammenligninger mellem undergruppers effekt af behandlingen, kønsforskelle, særlige grupper med godt/dårligt behandlingsudbytte og kan således være en vigtig ressource til kontinuerligt at forbedre indsatsen.

10. Implementering og økonomi

Økonomisk er der gevinster for alle samfundssektorer ved færre rusmiddelproblemer. De samlede direkte omkostninger til misbrug på sundheds- og socialområdet, til løntab samt til kriminalitet udgør ud fra de tilgængelige data og de brugte forudsætninger mellem 271 og 338 mio. kr. årligt. Dette beløb er kun de direkte omkostninger til misbrug. Manglende opnåelse af uddannelse pga. eget misbrug eller opvækst med misbrug og andre indirekte og afledte omkostninger er således ikke medregnet (59).

Gevinsterne ligger i undgåede udgifter til fx behandling i sundhedsvæsenet og til socialhjælp, sygedagpenge, førtidspensioner, hjemmehjælp, handicapinstitutioner og anbringelse af børn, men også højere gennemførelse af uddannelser, højere andel i erhverv, mindre sygefravær, øget arbejdsindtægt og dermed et højere beskatningsgrundlag vil ses. Indtægten fra alkoholafgifter skal dog modregnes (57).

Implementeringsplan

Hele denne plan kan ikke iværksættes samtidigt. Det forventes, at indsatserne under Allorfik vil kunne ske over en 3-årsperiode, som foreslået i implementeringsplanen (Tabel 9.1).

| År 1 | |
|----------------------|--|
| Organisation | <ul style="list-style-type: none">- Ansættelse af en overordnet ledelse og administrativt personale- Uddannelsesindsats for behandlere startes- Udarbejdelse af grønlandiserede programmer PAV og PAS- Udarbejdelse af visitationsprocedurer og -skemaer- Etablering af behandlingsfaciliteter i 1 by- Samarbejdsaftaler med kommuner og leverandører- Oprettelse af rådgivningstelefon- Oprettelse af nationalt samarbejdsforum og lokalt samarbejdsfora i behandlingsbyen- Udvikling af system til påmindelse om aftaler |
| Uddannelse | <ul style="list-style-type: none">- Uddannelse af 1. hold behandlere med kompetence til behandling af børn og unge- Uddannelse af lærere etc. omkring rådgivningsforløbene på skoler og uddannelsesinstitutioner- Uddannelse i projekt PAS og PAV startes |
| Behandling | <ul style="list-style-type: none">- Start på ambulant børne- og ungebehandling i 1. kommune- Start på åben anonym rådgivning og kortere anonyme rådgivningsforløb- Start på tilbud på skoler og uddannelsesinstitutioner i samme kommune |
| Generel forebyggelse | <ul style="list-style-type: none">- Start på udvikling af materialer til skoler og uddannelsesinstitutioner i samarbejde med PN/Parisa |

| | |
|-------------------------------|---|
| Specifik forebyg- gelse | - Specifikke forebyggelsesindsatser i form af udgående forebyggelsestilbud fx projekt PAS startes med undervisning |
| Monitorering og evaluering | - Monitorering af visitation, behandling og i den nationale rusmiddeldata- base startes for unge |
| År 2 | |
| Organisation | - Etablering af behandlingsfaciliteter i yderligere 2 kommuner - Samarbejdsaftaler med kommuner og leverandører fortsættes - Start af før-behandlings tilbud i samarbejde med kommuner og NGO'er - Oprettelse af lokale samarbejdsfora i de 2 nye behandlingsbyer |
| Uddannelse | - Uddannelse af 2. hold behandlere med kompetence til behandling af børn og unge - Uddannelse af lærere etc. omkring rådgivningsforløbene på skoler og ud- dannelsesinstitutioner - Uddannelse i projekt PAS for behandlere |
| Behandling | - Start på ambulant børn og ungebehandling i de 2 nye behandlingsbyer - Oprettelse af ungegrupper - Oprettelse af efterbehandling ved 2-3 behandlingssteder - Oprettelse af pårørendetilbud - Oprettelse af ambulant samtaletilbud til børn og unge opvokset med pro- blemer med rusmidler i barndomshjemmet |
| Generel forebyg- gelse | - Udvikling af materialer til skoler og uddannelsesinstitutioner |
| Specifik forebyg- gelse | - Specifikke forebyggelsesindsatser i form af udgående forebyggelsestilbud (projekt PAS) fortsættes |
| Monitorering og evaluering | - Monitorering fortsættes og 1 årsrapport udgives |
| År 3 | |
| Organisation | - Etablering af behandlingsfaciliteter i de 2 sidste kommuners største by - Tilbud i bygder og mindre byer - Planlægning og test af et til unge med en psykiatrisk lidelse - Oprettelse af lokale samarbejdsfora i de nye behandlingsbyer |
| Uddannelse | - Uddannelse af 3. hold behandlere med kompetence til behandling af børn og unge - Uddannelse af lærere etc. omkring rådgivningsforløbene på skoler og ud- dannelsesinstitutioner fortsættes - Uddannelse i projekt PAS for forebyggelsesorganisationer |

| | |
|-------------------------------|---|
| | - Behandlere starter videreuddannelse i psykoterapi |
| Behandling | - Oprettelse af efterbehandling fortsættes - Oprettelse af pårørendetilbud fortsættes - Oprettelse af tilbud til børn og unge opvokset med problemer med rusmidler i barndomshjemmet fortsættes |
| Generel forebyg- gelse | - Evaluering af implementering - Udvikling af materialer til skoler og uddannelsesinstitutioner fortsættes |
| Specifik forebyg- gelse | - Specifikke forebyggelsesindsatser i form af udgående forebyggelsestilbud fx projekt PAS fortsættes |
| Monitorering og evaluering | - Monitorering af behandlingsresultater fortsættes |

Tabel 10.1 Implementeringsplan for indsatserne under Allorfik

Økonomiske behov ved implementering

For at minimere omkostningerne er også forudsat at tilbuddet til børn og unge nationalt placeres ind under Allorfik – Videncenter om Afhængighed, samt at behandlingscentre i kommunernes største byer kommer under samme tag og samme ledelse som de nuværende Allorfik-centre. Det forventes, at der initialt er behov for 4 behandlere i Nuuk (som også skal rejse ud ved behov i andre centre) og 2 på de øvrige centre, hvis centrene lægges under Allorfik og der dermed kan sikres fleksibilitet i brugen af behandlerressourcerne. Aktiviteterne over de første 3 år under Allorfik er tilrettet så de forventeligt kan dækkes under den nuværende Finanslovsbevilling til rusmiddelbehandling. Det forventes for nuværende at planens implementering ikke kan følge årstallet, da den forventes at starte midt i et år. De angivne år er derfor implementeringsår og ikke finansår.

Indsatsen er meget intensiv i planens første år: En betydelig uddannelsesindsats, tilretning af materiale og oprettelse af behandlingscentre i den første kommune. 2 øvrige behandlingscentre oprettes i planens 2. år, hvor uddannelsesindsatsen fortsættes. Dette år afsluttes med en evaluering af implementeringen. I 3. år fortsættes implementeringen af uddannelsesindsatser og de sidste indsatser under behandlingen. Fra 4. år forventes det, at de overordnede dele af planen er i drift.

Forventet samfundsøkonomisk udbytte ved implementering

En økonomisk analyse fra år 2015 estimerede de årlige omkostninger af afhængighedsproblemer i Grønland. Estimatet lå på mellem 271,5 og 337,8 mio. kr. årligt med et skøn på i alt 4000-6000 personer med behandlingskrævende problemer i landet (59). Dette svarer til en gennemsnitlig årlig udgift på 60.922 kr. pr. person med afhængighedsproblemer. Sammenholdt dette beløb med omkostningerne for denne plans år 1-3 fremgår det, at indsatsen over årrækken i alt skal give ekstra 1.112 produktive leveår uden rusmiddelproblemer for at være profitabel på længere sigt. Dette svarer til at gøre 24 unge mennesker på 19,5 år (medianen i segmentet 15-24 år) problemfrie frem til deres forventede levealder på gennemsnitligt 66,5 år (9) – eller

gennemsnitligt blot 8 unge mennesker flere om året før indsatsen er profitabel på længere sigt. – eller ca. 2 unge pr. behandlingscenter pr. år.

Flere poster fra den økonomiske analyse fra 2015 var baseret på konservative skøn, og uddannelsesudgifter blev desuden ikke medregnet i det samlede estimat – for ikke at sige de sekundære og tertiære gevinster i form af brudt negativ social arv samt mindre kvantificerbare nyttevirkninger (59).

Den foreslåede plan kan med stor sandsynlighed imødekomme den forventede effekt, fordi:

1. Der i dag ikke eksisterer nogen målrettet indsats over for aldersgruppen.
2. Der iflg. de kommunale interessenter er et stort lokalt behandlingsbehov landet over og iflg. visitationsdata en relativt stor forventet behandlingssøgning.
3. Evidensen gennemgående understøtter, at de foreslåede metoder kan forventes at virke bedre end de nuværende.
4. Forebyggelse i form af klassedialoger, tidlig opsporing, de øvrige indsatser omkring behandlingssystemet m.m. er opprioriteret i nærværende plan. Altså kan flere gode leveår end hidtil potentielt reddes. Denne egenskab gør sig i øvrigt alment gældende, når der er tale om en indsats målrettet en yngre aldersgruppe end tidligere.