



# Omkostninger til misbrug i Grønland

Departementet for Sundhed, 2015



## Forord

Naalakkersuisut har længe ønsket at kunne vurdere samfundsmæssige omkostninger af initiativer herunder også af sygdom og af sundhedsvæsenets indsatser – og ikke mindst at kunne veje omkostningerne op imod fordelene ved at indføre nye behandlinger.

Ønsket bunder i, at vi gerne vil være medvirkende til, at samfundets ressourcer bruges, så de giver det størst mulige samfundsøkonomiske afkast. Det gælder ikke mindst, når nye, større indsatser er i spil.

Baggrunden for netop at se på omkostningerne til misbrug er, 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).*

Misbrugsredegørelsen, "Misbrug og samfundsmæssige gevinster" blev som ønsket afleveret til Inatsisartut ved FM 2014, og "Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling" er omdelt til Inatsisartut ved FM 2015.

Misbrugsredegørelsen samlede den viden, vi har om misbrug og dets konsekvenser i Grønland i dag om behovet for behandling og sandsynliggjorde, ud fra primært udenlandske forskningsresultater, at misbrug med de samme forudsætninger lagt til grund også i Grønland koster samfundet dyrt.

Denne redegørelse kvalificerer yderligere vurderingen af de samfundsmæssige omkostninger ved misbrug ved at lægge sig op ad en anerkendt beregningsmetode med udgangspunkt i grønlandske data. Den er dog stadig begrænset dels af, at vi på en række områder har svært ved at opgøre omkostningerne, fordi der mangler data.

Doris Jakobsen  
Naalakkersuisoq for Sundhed

## Indholdsfortegnelse

Forord .....	2
Resume .....	4
1. Indledning .....	5
1.1. Om denne redegørelse .....	7
2. Omkostningsanalysen .....	8
2.1. Undersøgelsens tilgang til estimering af omkostninger .....	8
3. Misbrugsrelaterede omkostninger .....	10
3.1. Omkostninger til sundhedsydelse .....	10
3.2. Sociale udgifter relateret til misbrug .....	12
3.3. Uddannelsesområdet .....	15
3.4. Produktivitetstab .....	16
3.5. Kriminalitet .....	18
3.6. Samlede årlige omkostninger til misbrug .....	19
4. Undgåelige omkostninger og potentielle gevinster ved indsats overfor misbrug .....	22
4.1. Skønnede undgåelige omkostninger på de enkelte områder .....	22
5. Hash .....	25
6. Undersøgelsens konklusion og forslag til indsatsområder .....	27
6.1. Forslag til fremtidige indsatsområder .....	27
6.2. Opfølgning på denne undersøgelse .....	28
Referencer .....	30

## Resume

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 p.g.a eget misbrug eller opvækst med misbrug og andre indirekte og afledte omkostninger er således ikke medtaget.

Da vi mangler data på mange områder og fordi kun enkelte omkostninger til hashmisbrug er tilgængelige, må de beregnede omkostninger ses som et minimumsestimater.

Det laveste estimat er udregnet ud fra den laveste fraktion af sygelighed, der menes forårsaget af misbrug, og er udregnet for et anslået antal på minimum 1.000 misbrugere. Det højere estimat er udregnet ud fra den højeste fraktion af sygelighed, der menes forårsaget af misbrug og ud fra et maksimum på 1.500 misbrugere (se afsnit 3.1 og 3.2 for baggrund).

Grønlands bruttonationalprodukt (BNP) var i 2013 13,8 mia. kr. Ud fra de gennemførte beregninger er den samfundsmæssige udgift til misbrug mellem 2,0 % og 2,5 % af BNP.

	Lave estimat i 1.000 kr.	Høje estimat i 1.000 kr.	Andel af de samlede omkostninger (%)
Sundhedsområdet	18.956	21.558	6,3-7,0 %
Socialområdet	70.509	83.201	24,6-26,0 %
Produktionstab	102.000	153.000	37,5-45,3 %
Kriminalitet	80.000	80.000	23,6-29,4 %
<b>I alt</b>	<b>271.465</b>	<b>337.759</b>	

Direkte samfundsmæssige omkostninger til misbrug

Herudover er det estimeret, at de ekstra omkostninger til specialundervisning i folkeskolen og vejledningsindsatsen på de højere uddannelser, der kan relateres til misbrug ligger på mellem ca. 4 og 8 mio. kr. årligt.

## 1. Indledning

Misbrug har stor betydning for vores samfund. Det er sidst belyst i "Misbrug og samfundsmæssige gevinster" (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014), der viste, at mange har et misbrug og at dette misbrug oftest er et blandingsmisbrug. Samtidig dokumenterede den igen, at misbrug er hyppigere hos socialt og økonomisk udfordrede grupper og har sammenhæng med en lang række af negative livsomstændigheder.

Denne redegørelse er en brik i det store puslespil, der samlet giver os viden om konsekvenserne af misbrug i Grønland. Den bygger derfor på den viden, som vi allerede har fået gennem "Misbrug og samfundsmæssige gevinster" (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014) og "Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling" (Departementet for Sundhed, 2015a).

En omkostningsanalyse bygger på en særlig metode og medtager kun de direkte og ganske få af de indirekte omkostninger for samfundet. Indirekte effekter af misbrug på fx omsorgsevnen for børn, effekt på familien og for uddannelse og arbejdspladsen er derfor ikke med i en omkostningsanalyse.

De vigtigste misbrug i vores samfund er alkohol, hash og ludomani (spilafhængighed). Generelt og specielt, når man ser på samfundsmæssige omkostninger, er det vigtigt at vide, at forskellige misbrugsstoffer har forskellige konsekvenser. Konsekvenserne afhænger i høj grad af, hvordan selve stoffet virker.

Alkohol indtages i Grønland ofte som rusdrinking, d.v.s større mængder indtages over kort tid for at få en rus. Rusdrinking af alkohol på bl.a. grund af stoffets virkningsmåde sammenhængende med vold, seksuelle overgreb, drab, ulykker og forgiftningsdødsfald. Alkohols virkningsmåde gør derfor, at alkohol er det stof af alle, der har størst betydning for tabte leveår (Lachenmeier & Rehm, 2015).

Hash virker helt anderledes og skaderne er derfor også anderledes. Hash har aldrig været så stærkt som det er i dag d.v.s har indholdt så meget af det aktive stof THC (Sundhedsstyrelsen, 2015), men trods dette er det næsten umuligt at dø af hashforgiftning. Det skadelige ved hash kommer heller ikke frem i en undersøgelse som denne, da forbrugets direkte konsekvenser ikke er dem, der i et samfundsperspektiv betyder mest.

En af de alvorligste bivirkninger ved hashbrug er psykisk sygdom. I Grønland så vi i perioden 2011 til 2013 i gennemsnit 27 personer med psykisk sygdom relateret til hash, herunder hashpsykose. De lagde beslag på i gennemsnit 519 sengedage per år i sundhedsvæsenet. Selvom det umiddelbart er en stor belastning og er meget alvorligt for den enkelte syge, men betyder kun lidt i et samfundsperspektiv. Der er ikke mange misbrugere i Grønland, der har økonomisk mulighed for at kunne bruge hash i de doser, der ofte ses at udløse hashpsykoser.

Det, der betyder noget samfundsmæssigt i Grønland, er de konsekvenser et vedvarende forbrug af hash har. Hash er meget lang tid i kroppen og et ved et regelmæssigt brug er hashbrugeren vedvarende påvirket. Hash virker dæmpende på tænkningen og på bevidstheden. Ved et vedvarende brug er denne effekt altid til stede. Vedvarende brug lægger derfor en dæmper på brugerens tænkning, initiativ og produktivitet. Det betyder, at brugeren ikke får udviklet sit fulde potentiale og fx. ikke får den uddannelse eller det arbejde, som evnerne ellers rakte til. Hos unge ser vi derfor hash som en vigtig medvirken til, at

den unge aldrig rigtig kommer i gang med uddannelse efter folkeskolen, har frafald fra uddannelsen eller ikke får en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet.

Samtidig ser vi, at flere unge ryger hash end tidligere. I 2014 var der således 25 % af 15 årige, der havde prøvet hash mod kun 17 % i både 2010 og 2006 (Departementet for Sundhed, 2015b). Samtidig havde 9 % af 15-17 årige brugt hash indenfor den sidste måned (Nielsen, 2015).

Hvad analysen kan fange har derfor baggrund i de forskellige typer af skader det enkelte misbrug har. Da alkohol har mange direkte negative økonomiske konsekvenser vil omkostningerne af alkoholmisbrug fylde meget i en omkostningsanalyse. Den samfundsøkonomiske virkning af hash skyldes langt overvejende spildte muligheder omkring uddannelse og beskæftigelse hos brugerne. Konsekvenserne af hashmisbrug er dermed i høj grad indirekte og skyldes manglende opnåelse af det fulde potentiale og manglende omsorgsevne, mens de direkte konsekvenser er mindre.

De fulde samfundsmæssige konsekvenser af misbrug og specielt hashmisbrug vil således ikke kunne synliggøres alene med en omkostningsanalyse som den præsenteres her.

Der har længe været betydelige forebyggelsesinitiativer indenfor misbrugsområdet. De nationale forebyggelsesprogrammer senest Inuuneritta 2013 -2019 har ligesom Paarisas indsatser længere tilbage i tiden sit centrale fokus på misbrug. Inuuneritta 2013 -2019 ser således misbrug som vores alvorligste folkesundhedsproblem.

Der er i dag allerede mange initiativer i gang omkring forebyggelse af misbrug. De er netop præsenteret i rapporten: "Hvordan går det?/ Qanoq ippugut?" fra Folkesundhedskonferencen i oktober 2015, der beskriver, hvor vi stod i 2014 på centrale målepunkter (Departementet for Sundhed, 2015b).

Herudover er der strategisk fokus på misbrug. En revideret lovgivning på alkoholområdet forventes fremsat i 2016 og senere en lov på misbrugsområdet i efteråret 2016 eller snarest herefter. Samtidigt arbejdes der på en ændring af færdselsloven, som giver politiet mulighed for at screene for påvirkethed af stoffer i trafikssager på samme måde som det allerede i dag sker for alkohol (Departementet for Sundhed, 2015a).

Der er med baggrund i Inuuneritta 2013-2019 vedtaget en handleplan for forebyggelse af alkohol i 2013 (Departementet for Sundhed, 2013) og en handleplan for forebyggelse af hashmisbrug forventes i foråret 2016.

Herudover arbejdes med andre indsatser under misbrugsplanen (Departementet for Sundhed, 2015a). På uddannelsesområdet er uddannelsesdelen startet med uddannelse af det første hold misbrugsnøglepersoner i november 2015 og en evaluering af Familielejligheden under Tidlig Indsats er på trapperne. Evalueringen afdækker effekten af programmet og videreudvikling af dette.

Politisk er netop nedsat en tværpolitisk samarbejdsgruppe på misbrugsområdet initieret af Naalakkersuisoq for Sundhed, Doris Jakobsen. Gruppen skal arbejde for at koordinere Naalakkersuisos samlede indsatser mod misbrug og for personer med misbrug.

## 1.1. Om denne redegørelse

Redegørelsen omfatter dels en beskrivelse af undersøgelsesmetoden (Kapitel 2), en beregning af omkostningerne til misbrug (Kapitel 3), en vurdering af hvilke af disse omkostninger, der kan undgås ved en indsats over for misbrug – og i hvilket tidsperspektiv (Kapitel 4), et særligt kapitel om hash (Kapitel 5) samt en konklusion og forslag til indsatsområder (Kapitel 6).

Med misbrug menes i redegørelsen misbrug af alkohol, hash og ludomani, da det er disse misbrugsområder, der er dominerende i Grønland. Det er også de typer af misbrug både det nuværende tilbud og den nye plan for fremtidens misbrugsbehandling omfatter tilbud til (Departementet for Sundhed, 2015).

Der er ikke tidligere lavet analyser af omkostningerne til misbrug, der tager udgangspunkt i data fra Grønland, men Naalakkersuisut omdelte i foråret 2014 en redegørelse, der blandt andet så på, hvad misbrug kostede i udlandet og forsøgte at overføre dette til grønlandske forhold (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014). Med alle de forbehold, der er ved at overføre resultater fra udlandet til grønlandske forhold, sandsynliggjorde misbrugsredegørelsen, at misbrug også i Grønland koster samfundet dyrt. Redegørelsen viste også, at udgifterne til alkoholmisbrug er de bedst dokumenterede.

Det er vigtigt at se denne redegørelse ud fra, at omkostningsestimaterne, og ikke mindst de undgåelige omkostninger d.v.s de omkostninger vi undgår, hvis vi sætter massivt ind overfor misbrug og tidsestimaterne for hvornår vi kan undgå disse omkostninger er følsomme for forandringer i både antagelserne og kvaliteten af datagrundlaget. Denne redegørelse skal derfor ses som en indikation for størrelsesordenen af de direkte udgifter, der er til misbrug og de potentielle gevinster ved at nedbringe misbruget.

## 2. Omkostningsanalysen

Denne redegørelses vigtigste teoretiske baggrund er den guideline, som Verdenssundhedsorganisationen (WHO) i 2003 udgav for estimering af omkostningerne ved misbrug. Guidelinen og dermed denne redegørelse bygger på en økonomisk metode kaldet en Cost of Illness analyse (COI analyse) (Single E et al, 2003).

Resultatet af en COI viser samfundets totale byrde af en sygdom udtrykt i penge i forhold til, hvis sygdommen slet ikke fandtes. COI opfattes som en hjælp til at skabe et godt beslutningsgrundlag fx omkring indførelse af nye indsatser eller planen overfor enkeltsygdomme (Murray and Lopez, 1994)<sup>1</sup>.

COI metoden er brugt som grundlag, men analysen har ikke den detaljerings- og præcisionsgrad, der kendetegner en fuldstændig COI analyse. Det skyldes primært, at vi i Grønland mangler viden omkring en række af omkostningerne ved misbrug - og at det er udenfor denne redegørelses rammer at lave nye større dataindsamlinger.

Guiden anbefaler, at der i en omkostningsanalyse omkring misbrug medtages omkostninger i social- og sundhedssystemet, produktivitetstab, til lovhåndhævelse og kriminalitet og til andet, fx ødelæggelse af ejendom, samt at immaterielle omkostninger også medtænkes, men ikke nødvendigvis inkluderes i selve beregningerne. Disse anbefalinger er fulgt i denne redegørelse.

### 2.1. Undersøgelsens tilgang til estimering af omkostninger

WHO giver anbefalinger for, hvilke omkostningstyper, der bør medtages og den teoretiske baggrund for beregning af disse. Præciseringen af præcis hvilke omkostninger, der skal medtages i det enkelte land vil afhænge af lokale forhold som fx forskel i misbrugstyper, forbrugsmønstre etc.

I Grønland har vi fx ikke noget misbrug eller et meget begrænset misbrug af "hårde stoffer", "party drugs" eller afhængighedsskabende lægemidler. Til gengæld er forbrugsmønstret omkring alkohol præget af rusdrikkeri, hvilket giver helt andre samfundsmæssige udfordringer end et mindre, men dagligt forbrug.

Med baggrund i WHO's guideline og tre nyere omkostningsanalyser for alkoholmisbrug<sup>2</sup> fra lande med velfærdssystemer der ligner det grønlandske, er der lavet en liste over omkostninger, der er relevante for en grønlandsk analyse og som vi har forsøgt at medtage i denne analyse (Tabel 2.1). For de enkelte inkluderede omkostninger er brugt samme beregningsmetoder, hvor dette var muligt.

---

<sup>1</sup> En COI analyse medtager overvejende de direkte omkostninger ved misbrug, enkelte indirekte omkostninger specielt omkring produktionstab, men inkluderer slet ikke afledte omkostninger, som fx at en medarbejder ved frafald skal erstattes af en anden. I denne analyse er brugt en prævalensmetode, d.v.s. hvor alle omkostninger til misbrug i et enkelt år beregnes.

<sup>2</sup> Fra Scotland (York Health Economics Consortium, 2010), Norge (Gjersvik, 2004) og Danmark (Kjellberg and Poulsen, 2014).



<b>Omkostningsgrupper efter WHO</b>	<b>Omkostninger der er søgt medtaget</b>
<b>Sundhedsomkostninger</b>	
<i>Behandling, komorbiditet og traumer</i>	Behandlingsudgifter til alkoholbehandling
	Somatiske og psykiatriske indlæggelser relateret til alkoholmisbrug
	Ambulante undersøgelser og akutte henvendelser
	Medicin
	Patienttransport og evakueringer
<i>Forebyggelse</i>	Afsatte midler til forebyggelse
<i>Forskning</i>	Afsatte midler til forskning
<b>Sociale omkostninger</b>	
	Sociale omkostninger relateret til misbrug (offentlig hjælp, førtidspension, aktivering, revalidering, beskæftigelsesfremme, boligtilskud, børnetilskud)
	Personlig og praktisk hjælp
	Anbringelser døgninstitution
	Andre anbringelser og andre udgifter til børn som konsekvens af misbrug
<b>Mistet produktivitet</b>	
	Produktionstab
	Øget sygefravær
	Reduceret effektivitet
	Ledighed
<b>Udgifter til lovhåndhævelse og kriminalitet</b>	
	Forebyggelse af kriminalitet
	Konsekvens af kriminalitet
	Respons på kriminalitet
	Trafikulykker relateret til misbrug

**Tabel 2.1 Omkostninger, der er søgt inddraget i analysen**

Ud over disse omkostninger er også omkostninger på uddannelsesområdet søgt indhentet, selvom de fleste af disse er afledte eller indirekte omkostninger. Dette er gjort ud fra, at det angives fra skoleområdet, at omsorgssvigt relateret til misbrug i hjemmet belaster skolerne og uddannelsesområdet.

Tab af immaterielle værdier er ikke søgt beregnet. Immaterielle tab er fx smerte eller sorg grundet skader, sygdom og død, kriminalitet og tab for personen selv. Desuden er afledte ulemper og tab for pårørende, ægtefælle og børn af misbrugerne ikke medtaget.

Vanskelighederne i at opgøre alle de ovenstående mulige omkostninger i forbindelse med misbrug understreges af WHO og i de nationale rapporter<sup>3</sup>. Det gælder først og fremmest antagelserne af årsagssammenhænge (kausalitet) mellem misbrug og helbredstilstand. Årsagssammenhænge handler om, hvad kommer først. Udvikler man for eksempel et alkoholmisbrug, fordi man er psykisk syg – eller får man en psykisk sygdom, fordi man har et alkoholmisbrug? Tilsvarende problemer omkring årsagssammenhænge gælder de øvrige misbrugstyper.

<sup>3</sup> Fra Scotland (York Health Economics Consortium, 2010), Norge (Gjersvik, 2004) og Danmark (Kjellberg and Poulsen, 2014).

### 3. Misbrugsrelaterede omkostninger

En god omkostningsanalyse af misbrug er afhængig af gode statistiske- og forskningsdata omkring sociale, sundhedsmæssige og samfundsmæssige konsekvenser af de enkelte misbrug. For en del områder er denne redegørelse udfordret af manglen på tilgængelige og pålidelige data i Grønland.

#### 3.1. Omkostninger til sundhedsydelser

Omkostninger for sundhedsydelser følger Tabel 2.1. Det er behandlingsudgifter til alkoholbehandling, udgifter til indlæggelser, ambulante undersøgelser og akutte henvendelser relateret til misbrug, medicinudgifter, patienttransport og evakueringer som konsekvens af misbrug samt afsatte midler til misbrugsforebyggelse i sundhedsvæsenet og til forskning.

Teoretisk bør positive sundhedseffekter medtages i beregningerne. Et lille dagligt forbrug af alkohol har en positiv effekt på åreforkalkning og dermed på hjertesygdom, men omfanget af en positiv effekt er nok ikke så stor som tidligere antaget. Eventuelle positive omkostningen er ikke medtaget her, fordi drikkemønstret her er et rusdrikkemønster, fordi kun 1,1 % voksne drikker alkohol hver dag (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008) og fordi alkohol selv i små mængder øger hyppigheden af visse kræftformer.

##### 3.1.1. Behandlingsudgifter til misbrugsbehandling

Omkostningerne til det nationale misbrugsbehandlingstilbud på Katsorsaavik Nuuk, som sundhedsvæsenet har aftale med, er i dag i alt 10,8 mio. kr., heraf betaler kommunerne 4,2 mio. kr. Nogle kommuner eget tilbud om misbrugsbehandling og har dermed omkostninger ud over det nationale tilbud (se afsnit 3.3).

##### 3.1.2. Misbrugsrelaterede indlæggelser

Omkostning til indlæggelser er beregnet ud fra antal indlæggelser relateret til brug af alkohol og hash, antal indlæggelsesdage for disse, fraktion af sengedagene, der er fundet forårsaget af misbrug i udenlandsk forskning (Pedersen, 2004) og de seneste aktuelle grønlandske omkostninger per sengedag. Forskellen mellem opgørelser af sengedagsforbruget skyldes forskellige undersøgelsers hhv. minimum og maksimum vurdering af den fraktion, der opfattes som alkoholrelateret (Pedersen, 2004). I udtræk fra landspatientregisteret var der således i gennemsnit for 2011 til 2013 mellem 1.124 og 1.588 sengedage om året, der kan forklares som forårsaget af alkoholmisbrug og 519 om året af hashmisbrug. Sengedagsprisen er sat til 3.800 kr. pr. døgn, hvilket er sengedagsprisen på medicinsk afdeling på Dronning Ingrid's Hospital. Udregnet herudfra var den årlige gennemsnitsomkostning i 2011-2013 til misbrugsrelaterede indlæggelser på mellem 6,2 mio. kr. og 8,0 mio. kr. årligt. Omkostningerne er lidt anderledes end angivet i misbrugsredøgørelsen (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014), der byggede på en lidt ældre model for den misbrugsrelaterede fraktion af omkostningerne.

##### 3.1.3. Misbrugsrelaterede ambulante undersøgelser og akutte henvendelser

Mellem 4-6 % af alle de omkring 20.415 ambulante konsultationer i 2014 er vurderet at have sammenhæng med misbrug. Estimatet kommer fra undersøgelse af alkohol- og voldsrelaterede skader i Grønlands sundhedsvæsen, som fandt, at udenfor almindelig arbejdstid var omkring 10 % af alle, der henvendte sig,

klinisk alkoholpåvirkede (Nexøe et al., 2010). Med en gennemsnitlig konsultationspris på 584 kr. er omkostningen til misbrugsrelaterede ambulante konsultationer beregnet til mellem 0,5 og 0,7 mio. kr.pr. år.

#### **3.1.4. Medicinudgifter**

For medicinudgifter er medtaget lægemidler, der kun bruges i alkoholbehandlingen<sup>4</sup>. Der er ikke lægemidler, der kun bruges ved hashmisbrug. Den gennemsnitlige årlige omkostning til lægemidler var for 2011-2014 på 35.634 kr.

#### **3.1.5. Patienttransport og evakueringer**

Det skønnes fra Anæstesiaafdelingen på Dronning Ingrid's Hospital, at der er mindst en evakuering pr. måned til Dronning Ingrid's Hospital<sup>5</sup> som følge af alkoholrelateret vold, hvoraf 1-2 patienter årligt bliver videreevakueret til Danmark<sup>6</sup>. Omkostninger til selve evakueringerne beløber sig til ca. 1,5 – 1,8 mio. kr. årligt. Disse patienter er ofte mere omkostningskrævende end en gennemsnitlig patient, da de ofte har behov for intensiv behandling. Det er ikke muligt at estimere, hvilken andel af patienttransporter internt i Grønland og almindelige overflytninger til udlandet, der er relateret til misbrug. Det vil sige, at det angivne beløb er en underestimering i forhold til realomkostningerne.

#### **3.1.6. Afsatte midler til misbrugsforebyggelse**

Som en del af forebyggelsesindsatsen på folkesundhedsområdet afsættes i Departementet for Sundhed (PN) og i kommunerne midler til misbrugsforebyggelse. I PN blev i 2014 afsat 1,3 mio. kr.

#### **3.1.7. Afsatte midler til misbrugsforskning**

Der er ikke afsat midler til misbrugsforskning.

#### **3.1.8. Samlede omkostninger på sundhedsområdet**

Med den usikkerhed, der er i de foreliggende data, kan den samlede omkostning på sundhedsområdet beregnes til mellem 14 og 17 mio. kr. Refusion fra kommunerne for misbrugsbehandling udgør omkring 4 mio. kr. årligt og er opgjort under kommunale udgifter.

	Minimum (i 1000 kr.)	Maximum (i 1000 kr.)
Misbrugsbehandling, udgifter i sundhedsvæsenet	6.600	6.600
Indlæggelser	6.243	8.007

<sup>4</sup> Antabus og Naltraxon

<sup>5</sup> Gns. 102.000 kr. for evakuering til DIH, tal fra 2014

<sup>6</sup> Gns. 301.000 kr. for evakuering til DK i 2014

Ambulante undersøgelser og akutte henvendelser	477	715
Medicinudgifter	36	36
Evakueringer	1.500	1.800
Misbrugsforebyggelse i sundhedsvæsenet	1.300	1.300
Forskning	0	0
<b>I alt</b>	<b>16.156</b>	<b>18.458</b>

Tabel 3.1 Samlede omkostninger på sundhedsområdet (data fra PN og Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse)

## 3.2. Sociale udgifter relateret til misbrug

De omkostninger, der er ønsket medtaget er sociale omkostninger relateret til misbrug (offentlig hjælp, førtidspension, aktivering, revalidering, beskæftigelsesfremme, boligtilskud, børnetilskud), omkostninger til personlig og praktisk hjælp, anbringelser på døgninstitution, omkostninger til andre anbringelser og foranstaltninger overfor børn som konsekvens af misbrug (Tabel 2.1).

### 3.2.1. Sociale omkostninger relateret til misbrug (offentlig hjælp, førtidspension, aktivering, revalidering, beskæftigelsesfremme, boligtilskud og børnetilskud)

Det er tidligere estimeret, at mellem 4.000 og 6.000 personer har et behandlingskrævende misbrug (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014). Det anslås, at mellem 1/4 og 1/3 af disse har et misbrug af en sværhedsgrad svarende til de personer, der i dag kommer i misbrugsbehandling i Katsorsaavik, Nuuk. Det er 1.000 – 1.500 personer. De udgør således den gruppe beregningen er lavet ud fra.

De sociale omkostninger i forbindelse med misbrug er målt indirekte som omkostningsforskellen mellem 1.000 og 1.500 misbrugere og en alders- og køns-matchet kontrolgruppe. Til beregningen er omkostningerne til de 1.000 -1.500 misbrugere, er omkostningerne til de 299 misbrugere, der var i behandling i Katsorsaavik, Nuuk i 2013 brugt som grundlag. Samme metode er brugt i den danske undersøgelse (Kjellberg and Poulsen, 2014). Andre baggrundsfaktorer, som fx indkomst, uddannelse og beskæftigelse kan tænkes at have indflydelse som forklaringsfaktorer på misbruget, men det har med det nærværende datagrundlag ikke været muligt at korrigere herfor.

Omkostningerne til sociale ydelser for de 299 i alkoholbehandling og ved hhv. 1.000 og 1.500 svære misbrugere fremgår af tabel 3.2.

I 1.000 kr.	For 299 i aktuel misbrugsbehandling	Ved 1.000 svære misbrugere	Ved 1.500 svære misbrugere
Pension	90	301	451
Arbejdsmarkedsydelse	205	688	1.032
Boligsikring	107	3.602	5.403
Børnetilskud	609	2.038	3.057
Offentlig hjælp, skattepligtig	5.039	16.854	25.281
Offentlig hjælp, ikke-skattepligtig	568	1.901	2.852

<b>I alt</b>	<b>7.588</b>	<b>25.384</b>	<b>38.076</b>
--------------	--------------	---------------	---------------

**Tabel 3.2. Forskel i sociale omkostninger til personer i misbrug og en alders- og kønsmatchet kontrolgruppe (Data fra Grønlands Statistik for 2013)**

### 3.2.2. Omkostninger til personlig og praktisk hjælp

Kunne ikke beregnes grundet manglende data.

### 3.2.3. Omkostninger til anbringelser på døgninstitution

Departementet for Familie er til nærværende analyse blevet spurgt til opgørelse af omkostninger på døgninstitutionsområdet for børn og unge relateret til misbrug. Ifølge Døgninstitutionsdatabasen var misbrug en årsag til anbringelsen for 34 af 226 klienter på døgninstitutionerne, svarende til 15 % af alle anbragte børn på døgninstitutionerne (Tabel 3.3). Ved Departementets opringning til de selvstyrejede døgninstitutioner (5 ud af 9 svarede) anslås det, at mellem ca. 50-100 % af anbragte børn og unge kom fra misbrugsramte hjem. Misbrug synes således underrapporteret som anbringelsesårsag i databasen, hvor kun 15 % af anbringelserne er registreret som værende på grund af misbrug. De 20,9 mio. kr. som de 34 anbringelser kostede i 2014 må derfor anses som et minimum og ligger formentlig mere realistisk omkring tre gange så højt.

2014 I 1.000 kr.	<b>Antal</b>	<b>% af alle anbragte børn</b>	<b>Omkostning</b>
Alkohol misbrug i hjemmet	18	8,0	8.948
Alkohol og stofmisbrug i hjemmet	12	5,3	9.453
Stofmisbrug i hjemmet	4	1,8	2.537
<b>I alt anbragt pga.. misbrug</b>	<b>34</b>	<b>15,0</b>	<b>20.938</b>

**Tabel 3.3. Omkostninger til døgninstitutionsanbringelser, hvor årsagen til anbringelsen er angivet som misbrug (Data fra Døgninstitutionsdatabasen)**

### 3.2.4. Omkostninger til andre anbringelser og foranstaltninger overfor børn som konsekvens af misbrug

Det er også søgt estimeret, hvilke omkostninger til plejefamilier, der kan relateres til misbrug. Udgifterne konteres lidt forskelligt mellem kommunerne. Den samlede omkostning på konto 41.02, 41.03, 41.04 samt 41.21 og 41.22, der dækker plejefamilier, var 37 mio. kr. i 2013. Almindelig familiepleje har mange årsager og andelen, der er misbrugsrelateret, kan ikke direkte vurderes, (Tabel 3.4) . Ud fra Kommuneqarfik Sermersooq's og Departementet for Familie's vurdering er det samlet antaget, at misbrug er relateret til 15 % af almindelige anbringelser (samme andel som på døgninstitutionsområdet), 90% af akutte anbringelser og 75% af anbringelser i professionelle plejefamilier.

I 1.000 kr.	<b>Alle kommuner</b>	<b>Andel skønnet misbrugsrelateret</b>	<b>Omkostning</b>
Almindelig familiepleje	20.782	15 %	3.117
Akut familiepleje	14.728	90 %	13.264

Professional plejefamilie	1.375	75 %	1.106
<b>I alt</b>	<b>36.996</b>		<b>17.487</b>

Tabel 3.4 Omkostninger til familiepleje i 2013 (data fra Grønlands Statistik)

### 3.2.5. Andre omkostninger

Kommunerne bruger omkring 4,2 mio. kr. årligt til behandlinger i Katsorsaavik, Nuuk. Herudover har nogle kommuner egne misbrugsbehandlingstilbud. Omkostningerne til dette er vurderet til at ligge på omkring 2,5 mio. kr. d.v.s. en samlet udgift på 6,7 mio. kr.

Henvendelse var hos brugere af krisecentrene i 2012 relateret til misbrug hos mindst 45 % af 399 adspurgte (hos mindst 26 % til alkohol og hos mindst 17 % til hash) (Krisecentrenes Årsrapport, 2012). Udgifterne er ikke forsøgt estimeret.

### 3.2.6. Samlede årlige omkostninger på socialområdet

Der er ikke tvivl om, at de reelle omkostninger til misbrug på det sociale område er større end det kan estimeres. Der er begrænsninger i data pga. forskelle i kontering og adgang til ydelser, da nogle er personrelaterede og andre familierelaterede. Som eksempel er børnetilskuddet familierelateret og størrelsen af ydelsen bestemmes af familiens indkomst. Der findes pt. ikke familiestatistik, som kan hjælpe til at få et bedre billede af familierelaterede ydelser. Desuden er den administrative praksis i kommunerne uensartet. Dette bevirker alt i alt, at der er usikkerhed forbundet med at opgøre familierelaterede ydelser på individniveau<sup>7</sup>.

Ved at se på de samlede kommunale omkostninger på konti, der kan omfatte misbrugsrelaterede udgifter, kan fås en indikation af, at omkostningerne formentlig er større. Det gælder fx omkring aktivering, arbejdsprøvning, flexjob, erhvervsmodnende aktiviteter og revalidering, Piareesarfiit, vejledningsinitiativer etc., udgifter til fripladser i daginstitutioner, socialt forebyggelsesarbejde og familiebehandling, førtidspension, hjemmehjælp og PPR. De samlede omkostninger på disse konti, dog inklusive plejeophold udenfor døgninstitutioner, var i gennemsnit i 2011-2013 1.671 mio. kr.

På plejeområdet er udgifter formentlig meget underestimeret, idet kun omkostningerne til de døgnanbringelser, der på visitationspapirerne er misbrugsrelaterede, er medtaget. Det samme gælder på plejefamilieområdet, hvor en del af de almindelige plejeanbringelser formentligt også er misbrugsrelaterede.

De identificerede samlede sociale omkostninger til misbrug ved et forventet antal svære misbrugere på mellem 1.000 og 1.500 personer er beregnet i Tabel 3.5.

	Ved 1.000 svære misbrugere (1.000 kr.)	Ved 1.500 svære misbrugere (1.000 kr.)
Kommunale sociale omkostninger	25.384	38.076

<sup>7</sup> Grønlands Statistik., Personlig meddelelse.

Anbringelser på døgninstitutioner	20.938	20.938
Anbringelser i plejefamilie	17.487	17.487
Misbrugsbehandling	6.700	6.700
<b>I alt</b>	<b>70.509</b>	<b>83.201</b>

Tabel 3.5 Samlede sociale omkostninger til misbrug

### 3.3. Uddannelsesområdet

Uddannelsesområdet er normalt ikke medtaget i en omkostningsanalyse, men da omsorgssvigt grundet misbrug vedvarende nævnes som en grund til problemer i skolerne for børn af misbrugsfamilier, er omkostningerne til området søgt estimeret.

Den kommunale skole kostede i gennemsnit 682 mio. kr. i 2011-2013, men det er ikke muligt at opgøre, hvilket andel af de samlede omkostninger, der kan relateres til misbrug. I stedet er kun set på andel af specialundervisningen i folkeskolen og andel af vejledningsopgaven ved de højere uddannelser, der kan anses for at være relateret til misbrug. Metoden giver formentligt en underestimering af de faktiske udgifter til misbrug på uddannelsesområdet.

#### 3.3.1. Specialundervisning i folkeskolen

Specialundervisningsområdet er formentlig det skoleområde, der er tættest relateret til misbrug.

2012/2013	Almindelig specialundervisning	Vidtgående specialundervisning	I alt
Antal elever	1.009	502	1.511
Lærertimer	61.348	125.519	186.867
Del af samlet undervisning (%)	8,4	17,2	25,5

Tabel 3.6 Lærertimer brugt til specialundervisning i folkeskolen 2012-2013 (Institut for Læring, 2013)

Som det fremgår af Tabel 3.6 brugtes i 2012-2013 i alt 186.867 lærertimer eller 25,5 % af samtlige lærertimer til specialundervisning. Ud fra viden om, at der blandt hushold med børn var misbrug i 44 % af familierne (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014), og at der i knap halvdelen af PPR sager er en social dimension samtidig med, at omkring 25 % af alle skolebørn har en PPR sag, kan en sammenhæng med misbrug i hjemmet sandsynliggøres.

Andelen af lærertimer til specialundervisning relateret til misbrug er her anslået til at udgøre 5– 10 % af alle lærertimer til specialundervisning, d.v.s. mellem 9.343 og 18.687 timer eller en omkostning på mellem 3,7 og 7,4 mio. kr./ år ved en timepris på 400 kr., svarende til en overenskomstløn på niveau C.

#### 3.3.2. Udgifter på højere uddannelsesinstitutioner

I Departementet for Uddannelse, Kultur, Forskning og Kirke er søgt oplysninger om udgifter til misbrug på ungdomsuddannelserne og de videregående uddannelser. Da frafald ikke i sig selv medfører omkostninger i uddannelsessystemet er vejledningsindsatsen den primære omkostning. Frafald har derimod en stor langsigtet samfundsøkonomisk konsekvens, da uddannelse er en af de væsentligste parametre for jobsikkerhed, produktivitet og lønniveau. Disse afledte omkostninger er ikke medtaget i opgørelsen, men

vurderes at være signifikante, hvilket bl.a. berøres i Økonomisk Råds rapport for 2010 "Undersøgelser på uddannelsesområdet"<sup>8</sup>.

Uddannelsesinstitutionerne har svært ved at sætte tal på omkostninger til vejledning af misbrugere. Samlet er deres vurdering, at omkostninger er 0,6 mio. kr. årligt.

### 3.3.3. Samlede udgifter på uddannelsesområdet

Der er formentlig noget større udgifter til misbrug både i folkeskolen og på de højere uddannelser end det fremgår af Tabel 3.7. Herudover er misbrug relateret ikke mindst med manglende gennemførelse af uddannelsesforløb, og der er dermed store afledte udgifter. Det blev også fra uddannelsesinstitutionerne peget på, at mange følger af misbrug viser sig som fx manglende selvværd, koncentrationsbesvær, depression og angst, og at misbrug dermed har betydelige immaterielle omkostninger på uddannelsesområdet. Som en forstander udtaler: "Når de enkelte studerende kommer til deres vejleder og har brug for en vejledning, er det mest om omsorgssvigt fra tidligere barndom såsom seksuelt misbrug, alkohol misbrug i familien eller vidne til vold i familien...".

De estimerede omkostninger på uddannelsesområdet er minimum mellem 4,3 og 8,1 mio. kr. årligt.

	Ved anslået 5 % af timer (1.000 kr.)	Ved anslået 10 % af timer (1.000 kr.)
Folkeskoleområdet, (specialundervisning)	3.737	7.474
Højere uddannelser (vejledning etc.)	600	600
<b>I alt</b>	<b>4.337</b>	<b>8.074</b>

Tabel 3.7 Samlede udgifter på uddannelsesområdet

## 3.4. Produktivitetstab

Til produktivitetstab indregnes oftest tab pga. for tidlig død, øget sygefravær, reduceret effektivitet og ledighed. Det har ikke været muligt at estimere omkostningerne for disse områder. Men da områderne er relevante, er de kort beskrevet nedenfor. Pga. manglende data blev valgt alene at se på løntab i stedet for på produktivitetstab.

### 3.4.1. For tidlig død

Ved den tidlige død, d.v.s før middellevetiden for køn, er det ikke kun det nuværende produktionstab, der indregnes, men også det personen kunne have leveret i fremtiden. Det er af speciel betydning ved misbrugsrelaterede dødsulykker hos yngre, hvor produktionstab kan være betydeligt. Der er dog også omkostninger forbundet med, at personen ældes. De skal også indregnes. Det er ikke muligt ud fra det nuværende datagrundlag at beregne omkostninger ved for tidlig død. Området bør dog vurderes på sigt, da

<sup>8</sup><http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanoq/Files/Attached%20Files/Finans/DK/Oekonomisk%20raad/konomisk%20Rds%20rapport%202010.pdf>



det ud fra det grønlandske dødsårsagsregister for diagnoserne: alkoholisme, skrumpeliver og betændelse i bugspytkirtlen samt ulykker, selvmord og usikker døds måde i forbindelse med alkoholforgiftning fandtes at alkoholmisbrug var den tilgrundliggende dødsårsag i mindst 3 % af alle dødsfald i Grønland (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014).

#### **3.4.2. Øget sygefravær og reduceret effektivitet**

Vi har ikke tal omkring misbrugskonsekvenser for arbejdsmarkedet, men Grønlands Erhverv har i 2014 lavet en spørgeskemaundersøgelse blandt 195 medlemsvirksomheder, hvoraf 192 svarede. 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 for 11- 25 % af medarbejderne. Kun 5 % af virksomhederne havde ikke oplevet fravær pga. misbrug mens kun 21 % af virksomhederne havde aldrig oplevet, at misbrug havde forsinket arbejdet eller havde betydet, at det havde taget mere tid end forventet (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014).

#### **3.4.3. Ledighed**

Der er sammenhæng mellem arbejdsledighed og misbrug. Sammenhængen mellem årsag og virkning, d.v.s. om man får et misbrug p.g.a ledig eller om ledigheden skyldes misbrug, skal dog overvejes. Der er ikke data for omfanget af misbrugsrelateret ledighed. Det nærmeste er MATCH-grupperingerne, men der er ifølge Grønlands Statistik og Departementet for Erhverv store forskelle på, hvordan registreringer på grupperne er kommunerne imellem. Området er derfor ikke medtaget.

#### **3.4.4. Samlede omkostninger til produktivitetstab beregnet som løntab**

Da det ikke var muligt at beregne produktionstab direkte er det her, som i den danske undersøgelse (Kjellberg and Poulsen, 2014), målt indirekte som en lønforskel mellem personer, der har været i misbrugsbehandling, og en alders- og køns-matchet kontrolgruppe.

Det er tidligere estimeret, at mellem 4.000 og 6.000 personer har et behandlingskrævende misbrug (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014). Det anslås, at mellem 1/4 og 1/3 af disse har et misbrug af en sværhedsgrad svarende til de personer, der i dag kommer i misbrugsbehandling i Katsorsaavik, Nuuk. Det er 1.000 – 1.500 personer. De udgør således den gruppe beregningen er lavet ud fra. De 299 personer, der var i misbrugsbehandling i 2013 i Katsorsaavik Nuuk, havde en lønindtægt der var i gennemsnit 102.000 kr. lavere per person end en alders og kønsmatchet kontrolgruppe. Det svarer til i alt 30,5 mio. kr., mens forskellen i indbetalt A-skat var i alt 11,3 mio. kr. Der er ikke kontrolleret for uddannelses- og erhvervsmæssig baggrund, hvilket må forventes at være en væsentlig forklaringsfaktor. Det var desværre ikke muligt.

Hvis det antages, at lønforskellen er af samme størrelsesorden for de anslåede 1.000 – 1.500 personer som skønnes at have et svært misbrug vil det samlede løntab for samfundet være mellem 102 og 153 mio. kr. om året. Heraf ville A- skat udgøre 38-55 mio. kr. årligt.

i 1.000 kr.	Ved 1.000 svære misbrugere	Ved 1.500 svære misbrugere
Løntab <sup>9</sup>	102.000	153.000
<b>I alt</b>	<b>102.000</b>	<b>153.000</b>

Tabel 3.8 Samlede omkostninger til produktivitetstab beregnet som løntab (Data fra Grønlands Statistik)

### 3.5. Kriminalitet

Da omfanget af ikke-registreret kriminalitet er ukendt, er de totale samfundsmæssige omkostninger til kriminalitet ofte undervurderet. At en person er påvirket ved en kriminel handling betyder ikke altid, at misbrug er årsag til handlingen, men misbrug kan øge sandsynligheden både for, at forbrydelsen bliver begået og øge offerets sårbarhed overfor kriminalitet (Gjersvik, 2004).

Omkring kriminalitet var det ønsket at estimere omkostningerne til forebyggelse af kriminalitet, konsekvens af kriminalitet, respons på kriminalitet, samt omkostninger til trafikulykker (cykel, bil, båd og lignende) relateret til misbrug (Tabel 2.1), men dette har ikke været muligt. Direkte omkostninger til misbrugsrelateret kriminalitet i Grønland kan ikke beregnes, da det kræver, at der for hver kriminel handling haves oplysninger om typen af kriminalitet, hyppighed af denne type kriminalitet, et estimat på, hvilken andel, der er misbrugsrelaterede og en gennemsnitlig omkostning for denne type af kriminalitet. I stedet er Grønlands Politi blevet spurgt om deres vurdering af omkostningerne, der er relateret til misbrug og et estimat for de samlede omkostninger.

#### 3.5.1. Anslåede direkte ekstraudgifter for alkoholrelaterede hændelser for politiet i Grønland

Grønlands Politi har vurderet de gennemsnitlige ekstra årlige omkostningerne til misbrugsrelaterede hændelse. Disse udgøres af udkald til husspektakler, udgifter til lægeundersøgelser, lægeundersøgelser, redningsaktioner og akutsager. Opgørelsen omfatter kun hændelser, der kræver indkaldelse af ekstra mandskab og dermed ikke kriminalitet i byer, hvor der er fast døgnbemanding.

Type	Omkostning	I alt 1.000 kr.
Husspektakler	2.000 stk. á 2 mand á 500 kr.	2.000
Lægeundersøgelser (detentionsanbringelser, spirituskørsel, voldssager, obduktioner)		1.500
Redningsaktioner (SAR) med alkohol involveret		500
Merudgifter til akut-sager, fx skyderisager		200
<b>I alt</b>		<b>4.200</b>

Tabel 3.9 Hændelser relateret til misbrug, der giver ekstraomkostninger for Grønlands Politi (Data fra Grønlands Politi)

<sup>9</sup> 102.000\*1.000 = 102 \*1000 kr. til 102.000\*1.500 = 153 \* 1.000kr.

### 3.5.2. Udgift til misbrugsrelateret kriminalitet

Kriminalforsorgen i Grønland koster 106 mio. kr. Deraf går de 23 mio. kr. til indsatte i Herstedvester<sup>10</sup>. Driften af Grønlands Politi koster ca. 170 mio. kr. Det har ikke været muligt direkte at estimere de samlede omkostninger til misbrug indenfor kriminalitetsområdet i Grønland. Derfor fastholdes for den samlede omkostning til alkoholrelateret kriminalitet det overslag, der tidligere er lavet i Misbrugsredegørelsen (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014). Dette tager udgangspunkt i data fra Sverige og Danmark, hvor 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 svarer det til ca. 16 mio. kr. årligt til Grønland. Da den kriminalitet, der har et sammenfald med brug af alkohol, er 5 gange højere per indbygger i Grønland for voldssager og 12 gange højere for sædelighedssager er det Politimesterembedets skøn, at udgifterne til misbrugsrelateret kriminalitet er mindst 5 gange højere pr. indbygger i Grønland end i Danmark, hvilket svarer til ca. 80 millioner kr.

### 3.5.3. Trafikulykker

Vi har ikke data på trafikulykker relateret til misbrug. Da det ikke var muligt at finde undersøgelser udefra, der med rimelighed kan relateres til grønlandske forhold, er området ikke medtaget. Materielle skader ved bil, båd og snescooter ulykker er dermed underestimeret i nærværende analyse, mens omkostninger for sundhedsvæsenet er allerede inkluderet.

### 3.5.4. Samlede omkostninger i forbindelse med kriminalitet

Som beskrevet fastholdes det samlede skøn for omkostninger til kriminalitet fra misbrugsredegørelsen (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014), da det vurderes, at det ikke er muligt at estimere det mere præcist.

	Omkostning	I 1.000 kr.
Samlet omkostning til kriminalitet		80.000
<b>I alt</b>		<b>80.000</b>

Tabel 3.109 Samlede omkostninger til kriminalitet (Baggrund i udenlandske tal)

## 3.6. Samlede årlige omkostninger til misbrug

Nedenstående tabel (Tabel 3.10) samler de estimerede omkostninger til misbrug. Omkostningerne er beregnet ud fra en række antagelser på de områder, hvor omkostningerne ikke direkte har kunnet beregnet. Det betyder, at omkostninger på nogle områder fx tabt arbejdsfortjeneste kan være et højt estimat, mens det på socialområdet og uddannelsesområdet må regnes som meget konservativt. Udover de beregnede omkostninger kommer omkostninger på områder, det ikke har været muligt at sætte tal på, som fx ulykker og immaterielle omkostninger for misbrugerne selv og deres pårørende.

<sup>10</sup> Data fra Kriminalforsorgen i Grønland

Det er tidligere estimeret, at mellem 4.000 og 6.000 personer har et behandlingskrævende misbrug (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014). Det anslås, at mellem ¼ og 1/3 af disse har et misbrug af en sværhedsgrad svarende til de personer, der i dag kommer i misbrugsbehandling i Katsorsaavik, Nuuk. Det er 1.000 – 1.500 personer. De udgør således den gruppe beregningen er lavet ud fra på det sociale område.

På sundhedsområdet er omkostninger til indlæggelser opgjort ud fra forskellen mellem forskellige undersøgelses vurdering af hhv. den mindste og største andel/fraktion af en sygdom, der opfattes som alkoholrelateret (Pedersen, 2004).

Det lave estimat er således udregnet ud fra den laveste fraktion af sygdomme, der forårsages af misbrug og er udregnet for 1.000 misbrugere, mens det høje estimat er udregnet ud fra den højeste fraktion af sygdomme, der forårsages af misbrug og ud fra 1.500 misbrugere (se afsnit 3.1 og 3.2 for detaljer).

	Lave estimat i 1.000 kr.	Høje estimat i 1.000 kr.	Andel af de samlede omkostninger (%)
Sundhedsområdet	18.956	21.558	6,3-7,0 %
Socialområdet	70.509	83.201	24,6-26,0 %
Produktionstab	102.000	153.000	37,5-45,3 %
Kriminalitet	80.000	80.000	23,6-29,4 %
<b>I alt</b>	<b>271.465</b>	<b>337.759</b>	

**Tabel 3.11 Estimerede samlede årlige omkostninger til misbrug (uden uddannelsesområdet)**

Immaterielle omkostninger er ikke medtaget i de samlede omkostninger i Tabel 3.11. Disse forventes at være særligt høje for misbrugsrelateret kriminalitet, men også uddannelsesområdet peger på disse omkostninger som betydelige.

Uddannelsesområdet har fået egen tabel (Tabel 3.12), fordi omkostningerne til uddannelse normalt ikke medtages i en omkostningsanalyse, da de fleste af disse omkostninger er indirekte eller afledte omkostninger. Omkostningerne på dette område er præget af manglen på gode data.

	Laveste estimat i 1.000 kr.	Højere estimat i 1.000 kr.
Uddannelsesområdet	4.337	8.074
<b>I alt</b>	<b>4.337</b>	<b>8.074</b>

**Tabel 3.12 Estimerede samlede årlige omkostninger til misbrug på uddannelsesområdet**

Grønlands bruttonationalprodukt (BNP) var i 2013 13,8 mia. kr. Direkte omkostninger til misbrug er her estimeret til mellem 267 og 333 mio. kr. Grønlands bruttonationalprodukt (BNP) var i 2013 13,8 mia. kr. Ud fra de gennemførte beregninger var den samfundsmæssige udgift til misbrug i 2013 mellem 1,93 % og 2,42 % af BNP eller imellem 4.721 og 5.890 kr. per indbygger.

<b>2013, i 1.000 kr.</b>	<b>I alt</b>	<b>Laveste estimat i 1.000 kr.</b>	<b>Højere estimat i 1.000 kr.</b>
GNP i 2013	13.800.000	275.802	345.833
<b>% af GNP</b>	<b>100%</b>	<b>2,00%</b>	<b>2,51%</b>

## 4. Undgåelige omkostninger og potentielle gevinster ved indsats overfor misbrug

Omkostninger til misbrug giver en indikation om problemets (store) omfang, men ikke hvad det er muligt at reducere omkostningerne til. En omkostningsanalyse er derfor kun en del af den information, der er nødvendig for at kunne tage beslutninger om indsatser på rusmiddelområdet.

En verden uden rusmidler er ikke en realistisk situation. Der vil også fremover være misbrug og afhængighed af alkohol, hash eller andre rusmidler i samfundet. Det er ikke alle omkostninger til misbrug, der kan undgås selv med den bedst mulige indsats på området. Det næste skridt er derfor at se på hvilke omkostninger til misbrug, der kan undgås (avoidable costs).

Undgåelige omkostninger er de omkostninger, der er modtagelig for interventioner og adfærsændringer (Collins D et al, 2006). Analyser af undgåelige omkostninger kan give en indikation for de gevinster, samfundet kan opnå som et resultat af at afsætte offentlige ressourcer til virkningsfulde indsatser omkring forebyggelse, reduktion eller behandling af misbrug.

Omkostningsanalysen viste store huller i vores konkrete datagrundlag for vurdering af omkostningerne ved misbrug. Vurderingen af undgåelige omkostninger til misbrug er endnu mere usikker, fordi den vil indeholde både de usikkerheder, der er ved omkostningsanalysen og den usikkerhed, der ligger i at skulle spå om effekten af fremtidige indsatser og forhold ud fra vores nuværende viden og virkelighed.

Estimering af værdien af undgåelige omkostninger kræver først estimering af omkostninger til misbrug. Herudover skal den forebyggelige andel kendes. Det kræver viden om, hvad der kan opnås gennem forskellige typer af initiativer fx prisændringer, behandling eller forebyggelsesinitiativer. Det kan beregnes på forskellig vis (Collins D et al, 2006). Herefter skal de konkrete initiativer, der ønskes iværksat vælges og der skal tages stilling til, over hvilken tidsperiode omkostningerne kan forventes at falde til det forventede minimum.

Det er ikke muligt at lave nøjagtige udregninger af den forebyggelige andel af omkostningerne til misbrug indenfor denne undersøgelses rammer. De undgåelige omkostninger er derfor skønnet og baggrunden for de enkelte skøn er givet.

Det er brugt som rettesnor, at tidligere analyser af undgåelige omkostninger ved misbrug finder, at de samlet set kan udgøre halvdelen af de samlede omkostninger (Collins D et al, 2006).

### 4.1. Skønnede undgåelige omkostninger på de enkelte områder

#### 4.1.1. Sundhedsområdet

For sygdomme relateret til alkohol vil de undgåelige omkostninger være forskellige fra sygdom til sygdom. De vil blandt andet være afhængige af muligheden for forebyggelse/behandling, hvornår i livet sygdommen/skaden opstår og de mén/senfølger sygdommen giver. I 2011-2013 havde sundhedsvæsenet i gennemsnit 400 årlige indlæggelsesdage direkte relateret til alkohol, hvoraf 174 skyldtes akut

alkoholforgiftning, for 31 dage var der sammenhæng med psykisk sygdom og resten havde sammenhæng med langvarigt brug af alkohol. Indlæggelser for sygdomme, hvor misbrug kun ved en del af tilfældene er relateret til alkohol (indirekte sammenhæng) udgjorde mellem 724 og 1188 indlæggelsesdage. Det er sygdomme, der udvikles over lang tid, som fx en række kræftformer, sukkersyge, forhøjet blodtryk, hjerneblødning og alkoholrelateret leversygdom. Langt den største del af sundhedsvæsenets belastning skyldes derfor langtidsskader – og selv hvis al misbrug forsvandt i dag vil sundhedsvæsenet i mange år fremover være belastet af sygdomme, der har relation til misbrug. Hvis den samlede undgåelige del af omkostningerne sættes til de omkring 50 %, som er fundet fra udlandet (Collins D et al, 2006) kan sundhedsvæsenet først opnå at få den maksimale gevinst på 8-9 mio. kr.<sup>11</sup> (nutidskroner) om 5-30 år, først for de akutte skader og senest for kræftformerne.

#### **4.1.2. Socialområdet**

En stor del af omkostninger til misbrug belaster det kommunale system. Sociale omkostninger til de personer, der var i misbrugsbehandling i 2013 var 7,6 mio. kr. større end for kontrolgruppen. Hvis det regnes med, at ¼ af dem, der gennemfører misbrugsbehandling vil kunne komme i fuldtidsarbejde vil kommunerne hvert år kunne reducere omkostningerne knap 2 mio. kr.<sup>12</sup>, der kan forventes, at akkumuleres over årene i en årrække på mindst 10 år.

Hvis indsatsen har den samme positive effekt på antallet af anbringelser, vil kommunerne teoretisk kunne reducere omkostningerne til anbringelser af børn hos de 2/3 af misbrugere, der bliver misbrugsfri efter behandling. Da der aktuelt er en venteliste på døgninstitutionspladser samtidig med, at det i dag kun er en lille andel af klienter selv med svært misbrug, hvor børnene er fjernet fra hjemmet (Katsorsaavik Nuuk, 2014). Reduktion af omkostningerne på døgninstitutionsområdet kan derfor forventes at have lange udsigter.

#### **4.1.3. Uddannelsesområdet**

Vi ved meget lidt om udgifterne til misbrug på uddannelsesområdet. Den store udgift her er ikke direkte, men indirekte gennem at børn i misbrugsfamilier og unge med misbrug ikke opnår deres fulde uddannelsespotentiale. Forudsat, at specialundervisningsområdet og udgifter relateret til vejledning på uddannelser over dette niveau kan reduceres med 50 % i fremtiden, så vil omkostningerne på sigt kunne reduceres omkring 2-5 mio. kr. per år. Tidshorisonten forventes at være 5-20 år.

#### **4.1.4. Produktionstab**

Omkring 75 – 80 % af behandlede i Katsorsaavik Nuuk gennemfører behandlingen (Katsorsaavik Nuuk, 2014). Vi ved ikke i dag, hvor mange der fastholder misbrugsfrihed efter behandling og bruger det skøn omkring 1/3 forbliver misbrugsfri efter endt behandling, yderligere 1/3 bliver misbrugsfri siden hen, og 1/3 forbliver misbrugere (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014). Hvis omkring 300 personer i misbrugsbehandling per år og at 1/4 af de i alt 2/3, der bliver misbrugsfri fra start eller på sigt, kan få en

---

<sup>11</sup> 0,5 \* 16,1 mio. kr. til 0,5 \* 18,5 mio. kr.

<sup>12</sup> 0,25 \* 7,6 mio. kr.

lønindkomst, der svarer til, at de opnår den påviste løndifference på 100.000 kr., så vil det betyde en ekstra A-indkomst på 2,5 mio. kr. per år, der er varig<sup>13</sup>. Baggrunden for at sætte gevinsten så relativt lavt er, at langt de fleste af dem, der i dag kommer i misbrugsbehandling har ingen eller en kortvarig uddannelse og at der skal være efterspørgsel efter denne gruppes kompetencer, før de kan få den forventede indtjening. Herudover vil en nedsættelse af den misbrugsrelaterede volds- og sædelighedskriminaliteten også spille positivt ind omkring produktionstab.

Det fremtidige behandlingsscenarie har også et tilbud til grupper, der er storbrugere eller har et mindre svært misbrug. Det vil også have en positiv effekt på løntabet, fordi denne gruppe er større, mange vil lettere kunne blive misbrugsfri, de har mindre komplicerede problemer og oftest en tilknytning til arbejdsmarkedet.

#### **4.1.5. Kriminalitet**

Politi og retsvæsen er ikke hjemtaget. Som beskrevet ovenfor fylder misbrugsrelateret volds- og sædelighedskriminalitet meget i Grønland. Det opfattes, at det indenfor de næste 10 -15 år med en større samlet satsning på misbrugsbehandling, social støtte og holdningsændring at kunne halvere volds- og sædelighedskriminaliteten. Det vil svare til hhv. et niveau 2,5 og 6 gange højere end det danske. Hvilken reduktion dette over tid kan medføre på omkostningerne til misbrugsrelateret kriminalitet afhænger af mange faktorer, herunder udviklingen i strafferammer, udgifter til retsvæsenet og anstalterne. Omkostningsreduktionen er ikke søgt estimeret.

En del af volds- og sædelighedskriminaliteten begås af personer, der er velkendte også hos de sociale myndigheder. En samlet indsats overfor disse vil kunne have en positiv generel forebyggende effekt overfor ny kriminalitet.

---

<sup>13</sup>  $300 * \frac{2}{3} * \frac{1}{4} * 0,5 * 100.000$  kr.



## 5. Hash

Hash udgør et særligt problem. Misbruget er mere skjult, fordi hash er et ulovligt stof. De sundheds- og samfundsmæssige og sociale konsekvenser af hashbrug er anderledes og for mange mere indirekte end for alkoholmisbrug. Det gør dem også sværere at sætte tal på. Men det betyder ikke, at hashmisbrug er et mindre problem eller omkostningerne nødvendigvis er mindre end for alkohol.

Befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 viste, at 7 % af mænd og 5 % af kvinder havde røget hash indenfor den sidste uge og yderligere 8 % havde røget hash indenfor den sidste måned. Mange misbrugere har et blandingsmisbrug (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008) og misbrug i familier med børn er særligt opmærksomhedskrævende (Larsen CVL et al., 2013).

Ved hashmisbrug er det blandt andet ligegyldigheden overfor andre, for skole, uddannelse og arbejde, der er skadeligt. Brugen af hash kan medføre både negative fysiske, mentale, følelsesmæssige og adfærdsmæssige konsekvenser, som igen kan medføre omsorgssvigt, manglende gennemførelse af uddannelse, fysiske skader og psykiske lidelser. Børn af hashmisbrugere har risiko for at blive omsorgssvigtede, fordi forældrene i deres rus ikke er i stand til at opfylde børnenes behov.

Hashbrug gør det svært at gennemføre en uddannelse. Ikke overraskende har hashbrugere tendens til at få lavere karakterer, opnå et lavere uddannelsesniveau og oftere dropper ud af skolen/studiet. Nogle uddannelsesinstitutioner angiver hash som et betydeligt problem. Som en forstander udtaler *”Vi har en 0-politik i forhold til Hash, men alligevel oplever vi med jævne mellemrum, at vi er nød til at hjemsende elever der ryger på kollegiet, eller udstede skriftlige advarsler til påvirkede elever. I indeværende periode er der hjemsendt 5 elever af denne årsag. Igen er dette noget der både bruges arbejdstid og ressourcer på.”*

Der er en stor skjult økonomi omkring hash. Politiet i Grønland beslaglagde i 2013 73,7 kg hash og i 2014 54,9 kg. Herudover blev i 2013 konfiskeret 5,1 mio. kr. og i 2014 4,3 mio. kr. Man regner fra politiets side med, at man fanger ca. 10 % af den mængde, der forsøges smuglet ind. På gadeplan koster 1 g hash omkring 1.000 kr. Løst regnet betyder det, at der omsættes hash for over 500 mio. kr. årligt i det grønlandske samfund.

Hashmisbrug har direkte omkostninger til kriminalitetsbekæmpelsen. Derudover ses i sundhedsvæsenet direkte omkostninger til fx psykisk sygdom relateret til misbruget, psykisk sygdom, der forværres af misbruget og til længere og flere indlæggelser for børn født af mødre, der ryger hash. Omkostninger til psykisk sygdom forårsaget af hash, herunder hashpsykoser er inkluderet i sundhedsvæsenets omkostninger (afsnit 3.1).

	2011-2013	Gennemsnit per år
Indlæggelser	81	27
Sengedage	1.558	519
I alt	5.920.400	1.973.466

Tabel 5.1 Indlæggelser og sengedage p.g.a hash (ICD 10 diagnoser F12.00-F12.99).

I socialsektoren ses direkte omkostninger til fx offentlig hjælp, førtidspension, aktivering, revalidering, beskæftigelsesfremme, boligtilskud, børnetilskud og til ikke mindst direkte og indirekte omkostninger til børn af misbrugere fx til anbringelser. Disse er søgt inkluderet i afsnit 3.2 om sociale udgifter såvidt som det var muligt at estimere disse. Herudover ses en betydelig samfundsmæssig omkostning til frafald på uddannelser og det løn- og produktivitetstab, dette medfører.

Omkostningerne i sundhedsvæsenet og til produktionstab hos misbrugere er indregnet i omkostningsanalysen, men derudover kan ikke sættes tal på de samfundsmæssige omkostninger ved hashmisbrug. Det er dog sandsynligt, at de er betydelige. Vigtigst er, som beskrevet i indledningen, omkostninger relateret til, at misbrugeren ikke når sit potentiale i forhold til uddannelse og dermed indtjening og produktivitet samt til de følger, misbruget har for familien.

## 6. Undersøgelsens konklusion og forslag til indsatsområder

Det må konkluderes, at omkostninger til misbrug i Grønland er høje. 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 250 og 316 mio. kr. årligt. Dette beløb er kun de direkte omkostninger til misbrug. Manglende opnåelse af uddannelse p.g.a opvækst med misbrug og andre indirekte og afledte omkostninger er således ikke medtaget.

Da vi mangler data på mange områder og kun enkelte omkostninger til hashmisbrug er tilgængelige, må de beregnede omkostninger ses som et minimumsestimat.

Grønlands bruttonationalprodukt (BNP) var i 2013 13,8 mia. kr. Ud fra de gennemførte beregninger er den samfundsmæssige udgift til misbrug mellem 1,93 % og 2,42 % af BNP eller imellem 4.721 og 5.890 kr. per indbygger om året. Herudover er det estimeret, at de ekstra omkostninger til specialundervisning i folkeskolen og vejledningsindsatsen på de højere uddannelser, der kan relateres til misbrug ligger på mellem ca. 4 og 8 mio. kr. årligt.

Misbrugets konsekvenser er tidligere beskrevet (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014). Vi ved derfor, at:

Konsekvenserne af misbrug er alvorlige. De direkte og indirekte sociale konsekvenser af misbrug er store og konsekvenserne vil også ramme dem, der i dag er børn af misbrugere. Opvækst med misbrug betyder meget ofte omsorgssvigt, tilknytningsforstyrrelser og evt. udvikling af karakterafvigelse eller personlighedsforstyrrelser og senere i livet måske selvmordsforsøg og udvikling af psykisk sygdom. Udsættelse for seksuelle overgreb og vold er ofte følger af misbrug i hjemmet.

Misbrug er med til at skævvride samfundet. Misbrug er både forårsaget af og er en konsekvens af sociale problemer. Det er i misbrugsredegørelsen 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 henvendelser til sundhedsvæsenet eller er gravide familier med særlige behov.

### 6.1. Forslag til fremtidige indsatsområder

Satsning på misbrugsbehandling. Misbrugsbehandling er en nødvendig start, vel vidende at misbrugsbehandling i sig selv ikke løser alle misbrugers problemer. Uden misbrugsbehandling falder de øvrige indsatser til jorden. Gruppen, der tilbydes misbrugsbehandling i dag er stærkt selekteret (Katsorsaavik Nuuk, 2014, Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014), idet misbrugere i behandling ofte har et årelangt misbrug og ofte er vokset op med misbrug. Den gruppe skal vi fortsat behandle, men der skal være tilbud til andre grupper med misbrug. Misbrugsbehandling skal være et tilbud, som alle misbrugere kan se sig selv i og som de opfatter, at de kan blive hjulpet af. En sådan indsats er beskrevet i den nationale plan for fremtidens misbrugsindsats (Departementet for Sundhed, 2015b).

Sammenhængende indsats overfor misbrug på tværs af sektorer. At misbrugeren ikke kommer hjem til samme problemer, som før behandlingen er med til at sikre, at behandlingsresultatet kan fastholdes. De

bagvedliggende problemstillinger, som medvirkede til at misbruget startede og som medvirker til at fastholde det, skal i fokus. Alle områder, der har konsekvens for succes af en misbrugsbehandlingsindsats, skal adresseres sideløbende med denne. Det gælder sundhedsmæssige og sociale problemer, som fx hjælp omkring bolig, tilbud om arbejde og uddannelse. Herudover er sikring af mulighed for systematisk efterværn nødvendig for alle. Nogle borgere kan have særlige behov, der kræver langvarig opfølgning. Det skal også indgå i den samlede indsats. Dette er også beskrevet i den nationale plan (Departementet for Sundhed, 2015b).

Centrer indsatsen omkring misbrug. Selvom der er behov for en sammenhængende indsats, så har vi ikke hænder og hoveder nok til at gøre alt samtidig for alle. Derfor skal både indsatserne og implementeringen af dem planlægges tværgående og ud fra den enkelte families behov. Da misbrugsbehandling er en nødvendighed for, at de andre indsatser kan lykkes, så er misbrugsbehandling kernen, som de andre indsatser skal cirkle omkring. Sammenhæng i tilbuddet skal gøre det synligt for familierne og deres omgivelser at det er attraktivt at være misbrugsfri. De skal opleve, at der er noget at blive misbrugsfri til.

Bryde den sociale arv ved at satse på børnene gennem familien. Børn i misbrugsfamilier har svære odds imod sig. Misbrugsbehandling giver ikke i sig selv forældrekompetence. Der skal mere til. Hovedfokus skal derfor ligge på børnene. En massiv opprioritering af den tidlige indsats er den eneste måde, at bryde fødekæden til nye misbrugere. Både evalueringen af Familielejligheden under Enhed for Tidlig Indsats (Departementet for Sundhed, 2015a) og den tidligere midtvejsevaluering af Tidlig indsats (Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse og PAARISA, 2010) viste, at mange gravide familier har behov for en særlig indsats for, at deres børn kan få en uddannelse og selv kan undgå misbrug. Familier med tunge misbrugsproblemer skal støttes både før og lang tid efter behandlingen. Evalueringen af Familielejligheden viser også, at en særlig indsats, hvor misbrugsbehandling kombineres med et pædagogisk tilbud, praktisk hjælp – og udredning af børnenes og familiernes behov – har effekt.

Fokus på langtidseffekten. Misbrugsbehandlingen og misbrugsforebyggelse er i dag dels et nationalt og dels et kommunalt anliggende. Trods den langsigtede gevinst er det sandsynliggjort (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014), at der har været tænkt for snævert på behandlingsomkostningen her og nu. Styrket misbrugsbehandling vil give en dobbeltudgift i en periode. Indsatsen skal derfor planlægges så fokus hele tiden er på den samlede positive menneskelige og økonomiske langtidseffekt af indsatsen.

## 6.2. Opfølgning på denne undersøgelse

Det er ikke kun indsatsen mod misbrug, der skal opprioriteres, men i høj grad også muligheden for at kunne følge indsatsens effekt.

Strategi på dataområdet. Omkostningsanalysen viste en stor mangel på relevante data. Såfremt sundhedsøkonomiske analyser skal kunne udføres med høj validitet og troværdighed som baggrund for prioriteringsbeslutninger er det absolut essentielt: at datahuller bliver identificeret, at relevante indikatorer bliver defineret og indsamlet, at data bliver lettere tilgængelige, at de har en høj kvalitet – og ikke mindst, at de indsamles med et bredere fokus, så de er relevante for mere end et enkelt administrativt område. Både Grønlands Statistik, centraladministrationen og kommunerne bør i samarbejde give dette særlig opmærksomhed.

Ved indsatser skal forskning, monitorering og evaluering være beskrevet fra starten. Her er påvist et behov for indsatser og sandsynliggjort, at det er omkostningseffektivt. Men ét er at påvise behovet for en indsats, noget andet er at planlægge den og noget helt tredje er at implementere den. Mange gode planer falder på manglen på klare mål, svigtende implementering og manglende opfølgning. En effektiv indsats kræver koordinering og samarbejde, vedvarende opfølgning, effektmålinger og evalueringer, så vi hele tiden ved, om vi er på rette spor eller der er behov for justeres under vejs og vide, at den samlede indsats virker.

## Referencer

- BJERREGAARD, P. & DAHL-PETERSEN, I. (eds.) 2008. *Levevilkår, livsstil og sundhed i Grønland 2005-2007*, København: Statens Institut for Folkesundhed.
- COLLINS D ET AL 2006. International Guidelines for the Estimation of the Avoidable Costs of Substance Abuse. Ottawa: Health Canada.
- DEPARTEMENTET FOR SUNDHED 2013. Handleplan for alkoholområdet i Grønland 2013 – 2019. Nuuk: Departementet for Sundhed.
- DEPARTEMENTET FOR SUNDHED 2015. Forslag til plan for fremtidens misbrugsbehandling. Nuuk: Departementet for Sundhed.
- DEPARTEMENTET FOR SUNDHED 2015 b. Qanoq ippugut?/Hvordan går det. Nuuk: Departementet for Sundhed.
- DEPARTEMENTET FOR SUNDHED OG INFRASTRUKTUR 2014. Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster. Nuuk: Departementet for Sundhed og Infrastruktur.
- GJERSVIK 2004. Utredning av de samfundsmessige kostnadene relatert til alkohol. Bergen: University of Bergen.
- INSTITUT FOR LÆRING 2013. Folkeskolen i Grønland 2012-2013. Nuuk: Inerissavik.
- KATSORSAAVIK NUUK 2014. Årsberetning for 2013. Nuuk: Katsorsaavik Nuuk.
- KJELLBERG, J. & POULSEN, C. A. 2014. Samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug. København: KORA.
- KRISECENTRENE I GRØNLAND. Årsrapport fra 2012, Nuuk, 2013
- LARSEN, C. V. L. et al. 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. *International Journal of Circumpolar Health* 2013; 72: 10.3402/ijch.v72i0.19551.
- LACHENMEIER & REHM 2015. Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Sci Rep.* 2015; 5: 8126.
- MURRAY, C. J. L. & LOPEZ, A. D. (eds.) 1994. *Global comparative assessments in the health sector: disease burden, expenditure and intervention packages*, Geneva: World Health Organization.
- NEXØE ET AL. 2010. Volds- og alkoholrelaterede skader behandlet i det grønlandske sundhedsvæsen. odense: Odense: Audit projekt Odense.
- Niclasen (eds) 2015. Trivsel og sundhed blandt folkeskoleelever i Grønland. Nuuk: Statens Institut for Folkesundhed og Naalakkersuisut.
- PEDERSEN 2004. Omfang av alkoholrelaterede diagnoser i pasientdata fra Norsk Pasientregister – og kostnader relatert til disse. Oslo: SINTEF.
- SAMMENSLUTNINGEN AF KRISECENTRE 2013. Krisecentrenes årsrapport 2012. Nuuk: Sammenslutningen af krisecentre.
- SINGLE E ET AL 2003. International guidelines for estimating the costs of substance abuse. Geneva: WHO.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2015. Narkotikasituationen i Danmark 2015 – Nationale data. København: Sundhedsstyrelsen.
- YORK HEALTH ECONOMICS CONSORTIUM 2010. The Societal Cost of Alcohol Misuse in Scotland in 2007. *Scottish Government Social Research*. York: University of York.

Photo: Ulrik Bang

