
Årsrapport 2024

Juuni 2025



Foto: Lars Poort

Årsrapport 2024

Allorfik, Videntcenter om Afhængighed
Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse

Publikationsår: 2025

Udarbejdet af:
Amaile Wenshøj Gaur & Birgit Niclasen

Allorfik, Videntcenter om Afhængighed
Niels Hammekenip Aqqutaa 41
3900 Nuuk
Web: <https://allorfik.gl/>

Rapporten refereres: Gaur, A. W. & Niclasen, B. Allorfik, Årsrapport 2024. Nuuk: Allorfik, Videntcenter om Afhængighed, 2025: 1-49

Rapporten kan downloades fra allorfik.gl

Indholdsfortegnelse

RESUME	6
Visitationsdata 2024	7
Behandlingsdata i 2024	7
Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) 2024	7
Årets tema: Gravide mødt i behandlingen i 2020-2024	8
Planlagte indsatser i 2025	8
1. OM ALLORFIK OG BEHANDLINGSTILBUDET FOR BORGERE MED RUSMIDDEL-PROBLEMER OG PENGESPIL	9
Allorfik, Videncenter om Afhængighed	10
Behandlingstilbudet	11
2. AKTIVITETER UNDER ALLORFIK, VIDENCENTER OM AFHÆNGIGHED I 2024	13
Overvågning af visitation og behandling	13
Uddannelsesindsatsen	14
Informationsindsatsen	14
Udbuddet i 2024 og 2025	15
Medicinsk alkoholbehandling	15
Behandlingstilbud til børn og unge	15
Samarbejdsaftaler med kommuner, forskningscentre og interesseorganisationer inden for rusmiddelbehandling	15
3. VISITATIONSDATA 2024	16
Aldersfordeling ved visitation til behandling	16
Kønsfordeling	17
Fordeling på kommuner	18
Problemer med alkohol ved visitation	19
Problemer med hash ved visitation	20
Problemer med pengespil ved visitation	22
Problemer med flere rusmidler	24
Psykisk helbred og trivsel	25
Trivsel	25
Trivsel fordelt på køn	26
4. BEHANDLINGSDATA 2024	27
Behandlinger i 2017-2024	27
Behandlede i 2012-2024	27
Behandlingssted 2024	28
Behandlingsstatus	29
Behandlingsstatus fordelt på køn	30
Behandlingsstatus fordelt på alder	30
5. DEN NATIONALE RUSMIDDELBEHANDLINGSDATABASE (KN-ASI) 2024	32
Varighed af alkohol- og hashproblemer og behov for genbehandling	32
Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse	34
Helbredsforhold	35
Behandlede med børn under 18 år	35
Forholdene i barndomshjemmet	36
Oplevet fysisk, psykisk og seksuelt misbrug som barn	38
6. ÅRETS TEMA: GRAVIDE MØDT I BEHANDLINGEN I 2020 TIL 2024	40
Civilstatus	41
Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse	42
Forhold i barndomshjemmet	43

Psyisk sygdom	47
Behandlingsstatus	47
Oplevet fysisk, psykisk og seksuelt misbrug som barn	48
Sammenfatning	48
7. PLANLAGTE INDSATSER UNDER ALLORFIK I 2025	50

Resume

Allorfik er 1. januar flyttet fra at høre under Departementet for Sundhed til at være en del af sundhedsvæsenet og dermed under Styrelsen for Sundhed. Allorfik varetager det nationale tilbud om behandling af afhængighed af alkohol, hash og pengespil. Oprettelsen af Allorfik har baggrund i "*Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling*"¹ fra 2015, der beskriver et gratis nationalt tilbud til borgere med rusmiddel- og spilproblemer. Allorfik blev oprettet 1. januar 2016, hvor ansvaret for behandlingen overgik fra sundhedsvæsenet til Allorfik. Allorfik består af en overordnet enhed Allorfik, Videntcenter om Afhængighed, som i perioden 2016-2018 har oprettet et behandlingscenter i hver af de fem kommuner. I 2019 fik rusmiddelbehandlingen egen lovgivning "*Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed*"².

Alt i alt sker behandlingen dels lokalt i Allorfikcentre og dels gennem en privat udbyder

For de 62 % af befolkningen, der bor i en by med et Allorfikcenter, sker behandlingen i hht lovgivningen som udgangspunkt her p.g.a nærhedsprincippet. I Allorfikcentre består behandlingsmetoder af Motiverende Samtale (MI) og Kognitiv Adfærdsterapi (KAT). Behandlingen er oftest ambulant med fremmøde 1-5 gange om ca. 20 gange. Andre behandlingsmodeller fx gruppebehandling, par og familiebehandling bruges også.

De 38 % af den voksne befolkning, der har bopæl uden for byer med et Allorfikcenter, tilbydes behandling i samarbejde med den private udbyder, p.t. Katsorsaavik Nuuk, som udfører 2 forløb årligt i alle byer undtagen i Qaanaaq, Ittoqqortoormiit og Kangatsiaq, hvor det er 1 forløb, og som kan tilbyde behandling i Nuuk under indkvartering. Behandlingen i Katsorsaavik Nuuk sker efter Minnesota/CENAPS-metoden som dagbehandling á 5 timer dagligt i 6-8 uger.

Herudover tilbydes behandling over telefon eller videokonsultation fra Allorfikcentre.

Efter behandlingen tilbydes et efterbehandlingsforløb, der er fælles for alle behandlingstilbud. Herudover tilbydes pårørendebehandling. Lokalt til 2 pårørende per behandlet. I Allorfikcentre tilbydes pårørendebehandling også til pårørende, selvom den pårørende ikke har et familiemedlem i behandling.

Overvågning af visitation og behandling

Et bedre tilbud kræver bedre data - om henvisninger, behandling og den enkelte borgers baggrund. Et af videntcentrets vigtigste opgaver har været at forbedre den nationale overvågning. Dette sker overordnet gennem tre databaser, der samlet kaldes Den Nationale Rusmiddelbehandlingsdatabase:

- Visitationsdatabasen
- Behandlingsdatabasen
- Den Nationale Rusmiddeldatabase, KN-ASI

¹http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanog/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/Fremtidens_misbrugsbehandling_2015/DK_PDF_DOK%201_Forslag_til%20_Fremtidens_misbrugsbehandling_DK%20DOK1945242.pdf

² <http://lovgivning.gl/lov?rid={EF1F3690-77F8-4FA9-A585-51A44FB97041}>

Visitationsdata 2024

Allorfik visiterede i 2024 806 borgere til behandling. Flest 25-44-årige henvises og flere kvinder (60 %) end mænd (40 %) (Figur 3.1 og 3.3). Problemer med alkohol ved henvisningen vurderes med en AUDIT-score. I 2024 drak 21 % af de henviste aldrig alkohol. Af dem der drak havde 38 % ikke et alkoholproblem, mens 12 % alene havde et stort forbrug, 8 % havde et skadeligt forbrug og 42 % havde afhængighed (Figur 3.8). Vurderingen af problemer med hash og andre stoffer blev foretaget med spørgeskemaet DUDIT. I 2024 angav 42 %, at de ikke røg hash, hvilket er færre end i 2021 til 2023 (Figur 3.10). Af dem, der røg hash havde 45 % af mænd og 29 % af kvinder en DUDIT-score svarende til afhængighed (Figur 3.11 - 3.14). Problemer med pengespil: 74 % spillede ikke om penge. Blandt dem, der angav at spille om penge, havde 38 % en egentlig spilafhængighed, 20 % problemspil og 43 % ikke et problem med pengespil (3.17).

Mange behandlede har mere end et problem i forhold til alkohol, hash og pengespil, som det fremgår af figur 3.18:

- Alkohol fortsat langt det hyppigst rusmiddel- og spilproblem, der søges behandling for.
- Der er 36 % med et alkoholproblem, der også har et hashproblem.
- Der er 64 % med et hashproblem, der også har et alkoholproblem.
- Der er 35 % med et spilproblem, der også har et hashproblem.
- Der er 67 % af borgere med et spilproblem, der også har et alkoholproblem.

Behandlingsdata i 2024

Der er et tidsforløb mellem visitation og afsluttet behandling. I 2024 blev der afsluttet 681 behandlingsforløb (Figur 4.1). Dette dækker over både gennemførte og afbrudte behandlinger. Siden de første Allorfikcentre åbnede har antallet af afsluttede behandlinger været stigende indtil 2022, hvor antallet faldt. I 2023 og 2024 er antallet igen steget (Figur 4.1). Det har været et stort ønske fra kommunerne, at behandlingen så vidt muligt skal foregå lokalt. Samlet blev 89 % af borgerne behandlet lokalt i 2024 (Figur 4.3). I alt gennemførte 56 % behandlingen, mens 31 % afbrød, og 13 % fortsat var i behandling (Figur 4.4). Andelen, der gennemfører behandlingen er opgjort anderledes end i 2023. Det er dermed forventeligt at gennemførslen er steget i forhold til 2023. Gennemførslen er dog stadig 5 procentpoint lavere end i 2022, hvor den blev defineret på samme vis.

Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) 2024

Kun 49 % af borgere med et alkoholproblem og 55 % af borgere med et hashproblem kommer i behandling indenfor 5 år efter, at problemet er opstået, mens det er mellem 16 og 17 %, der har haft problemet i 20 år eller mere (Figur 5.1 og 5.2). I alt 54 % af de behandlede har været behandlet tidligere (Figur 5.3). Mange i behandling har en kort skoleuddannelse, og et flertal (55 %) har ingen uddannelse ud over folkeskolen (Figur 5.4 og 5.5). I alt har 81 % tilknytning til arbejdsmarkedet, enten som lønmodtagere (74 %) eller som selvstændige (7 %) (Figur 5.6). Mange borgere i behandling har hjemmeboende børn under 18 år. Af borgere havde 43 % ingen hjemmeboende børn under 18 år, 32 % havde 1-2 hjemmeboende børn og 11 % 3 eller flere hjemmeboende børn, mens 2 % uoplyst (Figur 5.9). En stor del af de behandlede er vokset op under utrygge forhold i barndomshjemmet (Figur 5.10), ligesom et stort flertal har forældre, søskende og/eller bedsteforældre med rusmiddelproblemer (Figur 5.11-17). Herudover har en stor andel oplevet fysisk,

psykisk eller seksuelt misbrug som børn. Således havde kun 19 % ikke oplevet et af de tre misbrug som børn, mens 21 % havde oplevet et misbrug, 26 % to misbrug og 33 % alle tre typer af misbrug.

Årets tema: Gravide mødt i behandlingen i 2020-2024

Graviditeten og barnets første leveår er en afgørende periode, hvor tidlig indsats kan styrke både barnets og den gravides trivsel. Kapitel 6 undersøger, hvordan gravide kvinder i behandling hos Allorfik adskiller sig fra ikke gravide kvinder. Analysen bygger på data fra 2020 til 2024 og omfatter 31 gravide kvinder, der sammenlignes med 824 ikke gravide kvinder i samme aldersgruppe.

Resultaterne viser, at de gravide kvinder oftere har kortere skolegang og uddannelse, men i højere grad er i et parforhold og beskæftigelse. Flere har oplevet kaotiske forhold i opvæksten og været udsat for én eller to typer misbrug som barn. Til gengæld ses oftere psykisk sygdom og alle tre typer misbrug blandt de ikke gravide kvinder.

Sammenfattende peger kapitlet på, at gravide kvinder i behandling har særlige kendetegn, og at der kan være behov for differentierede indsatser, der tager højde for deres situation og behov.

Planlagte indsatser i 2025

Disse fremgår i oversigtsform i kapitel 7.

1. Om Allorfik og behandlingstilbuddet for borgere med rusmiddel-problemer og pengespil

Inatsisartut besluttede på Efterårsmødet (EM) 2013 (EM2013/61), efter indstilling fra et enigt Familie- og Sundhedsudvalg, at pålægge Naalakkersuisut at udarbejde en analyse af behovet for misbrugsbehandling og en analyse af de samfundsmæssige gevinster ved at indføre et vederlagsfrit misbrugsbehandlingstilbud til forelæggelse på Forårsmødet (FM) 2014. Inatsisartut besluttede endvidere at pålægge Naalakkersuisut at udarbejde en plan for fremtidens misbrugsbehandlingstilbud til fremlæggelse på EM 2014 således, at disse kunne implementeres under FM 2015.

Analysen *"Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster"*³, som Naalakkersuisut fremlagde ved FM 2014, fokuserer på de væsentligste problemområder, som var og fortsat er: alkohol, hash og pengespil. Der redegøres i rapporten for, hvilke personer der har et rusmiddelproblem, problemets konsekvenser, behovet for behandling og de samfundsmæssige konsekvenser af misbrug og afhængighed. Sammenfattende viste analysen, at der er store gevinster ved en målrettet indsats, der kan nedbringe problemer med rusmidler i Grønland. Der er både store samfundsmæssige gevinstpotentialer og individuelle potentialer i form af vundne leveår, forbedring af helbredsstatus og livskvalitet samt mulighed for at bryde negativ sociale arv og mindske ulighed i sundhed.

"Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling", der blev fremlagt på FM 2015, beskriver et integreret og forskningsbaseret behandlingstilbud for problemer med alkohol, hash og pengespil. Målet er, at problemerne identificeres tidligst muligt, og at borgeren og de pårørende hurtigt får hjælp. Planen redegjorde for de daværende indsatser inden for forebyggelse og behandling af rusmiddel- og spilproblemer. Planen lagde desuden op til udarbejdelse af lovgivning på afhængighedsområdet.

Ifølge planen er samfundets ønske for behandlingsindsatsen:

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

1. januar 2016 overgik rusmiddelbehandlingen fra sundhedsvæsenet til Allorfik, som blev oprettet som en del af Departementet for Sundhed. Allorfik varetager det nationale tilbud om behandling af afhængighed af rusmidler og pengespil. Tilbuddet i Allorfik har baggrund i *"Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling"*. I henhold til planen skulle etableres et gratis nationalt tilbud med en bredere vifte af forskellige behandlingsindsatser end tidligere, hvor tilbuddet samtidigt kan gives så tæt på borgerens hjem som muligt. Herudover skal behandlingsindsatsen være sammenhængende med indsatser, der skal afhjælpe sociale og sundhedsmæssige behov hos de behandlede. Dette skal sikres gennem aftaler mellem Allorfik og hhv. kommunerne og sundhedsvæsenet vedrørende samarbejdet omkring borgerne og at samarbejdet dækker de væsentligste snitflader mellem indsatser i de forskellige sektorer. Herunder skal alle borgere i

³http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanog/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/Misbrugsbehandling/Redegoerelse_Misbrugsbehandling.PDF

behandling have udarbejdet en efterforløbsplan for at sikre brobygningen fra behandlingsindsatsen til et nyt liv uden rusmidler og hjælp til f.eks. uddannelse og arbejde.

"Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling" udgør det evidensbaserede grundlag for behandlingen i Allorfikcentre og den nyeste udvikling på rusmiddel- og spilområdet følges i Videncenter om Afhængighed. Der har ikke været grund til at ændre på de basale metoder brugt i Allorfikcentre, men mindfulness i forebyggelsen af tilbagefald er forsøgt etableret, ligesom der i 2018 og igen i 2022 har været overbygning af behandleruddannelsen i behandling af par og familier, som fra 2023 indgik som en fast del af uddannelsen til rusmiddelbehandler. I 2024 har alle behandlere været på uddannelse i behandling af traumer.

I den nationale plan fremgår, at behandlingsindsatsen, som for anden sundhedsbehandling, er organiseret ud fra en "stepped care model" (en trinvis model), hvor den behandling, der skal gives, er den mindst indgribende som forventes at virke, og så skal den gives så tæt på borgerens hjem som muligt.

Den trinvis model bygger på:

1. at behandlingstilbuddet planlægges individuelt ud fra problemet, forventninger, ressourcer og behandlingsmuligheder, og
2. at behandlingstilbuddet er i overensstemmelse med den aktuelle forskningsbaserede viden på området.

I 2019 fik rusmiddelbehandlingen egen lovgivning *"Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed"*.

Allorfik, Videncenter om Afhængighed

Med den nationale plan for fremtidens misbrugsbehandling er ansvaret for det samlede behandlingstilbud nu forankret i Allorfik, Videncenter om Afhængighed. Videncentret varetager både konkrete opgaver overfor Allorfikcentre og den samlede behandlingsindsats samt varetager koordinerende og kvalitetssikrende funktioner. Kerneopgaverne er at:

- koordinere den samlede nationale indsats mod problemer med rusmidler og spil
- varetage Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI og de øvrige databaser)
- overvåge (monitorere) og evaluere indsatsen
- sikre at behandlingen i Allorfikcentre sker ud fra nyeste viden og "best practise"
- udvikle og planlægge uddannelsesaktiviteter inden for rusmiddel- og spilområdet, herunder sikre at behandlingskompetencer f.eks. inden for MI og KAT er til stede i Allorfikcentre
- være ansvarlig for visitation til behandling og for udarbejdelse af visitationskriterier
- være ansvarlig for information og formidling omkring behandling af problemer med rusmidler og spil
- godkende og overvåge private behandlingstilbud (kræver dog yderligere lovgivning på området)
- være øverst ansvarlig for supervision af rusmiddelbehandlere og nøglepersoner i Allorfikcentre
- udvikle behandlingstilbud til grupper der i dag ikke kan gives et tilbud om behandling
- være øverste organ for tværsektoriel koordinering og samarbejde

- medvirke til offentlig-private partnerskaber på rusmiddelområdet
- udarbejde samarbejdsaftaler med kommuner, forskningscentre og interesseorganisationer inden for rusmiddelbehandling

Der er i dag et Allorfikcenter i alle kommuner. Der blev i 2016 og 2017 etableret behandlingscentre i Qaqortoq, Nuuk og Sisimiut. I 2018 blev centrene i Aasiaat og Ilulissat etableret.

På www.sullissivik.gl og www.allorfik.gl findes oplysninger om, hvordan man kommer i behandling. Al visitation sker digitalt. Alle borgere uanset bosted selv henvende sig til Allorfik per mail eller telefon med ønske om behandling. Uden for byer med et Allorfikcenter vil det stadig frem til midten af 2025 normalt sagsbehandleren, der henviser til behandling eller borgeren henvender sig selv ved at kontakte Allorfik; mens borgere i byer med Allorfikcentre oftest henvender sig direkte i centrene. Fra midten af 2025 skal alle henvendelser med ønske om behandling ske på sullissivik.gl eller ved direkte kontakt til Allorfik-Videncenter om afhængighed eller til et af Allorfikcentrene i kommunerne.

Behandlingstilbuddet

Bosætningsmønstret og ønsket om at sikre bredde i tilbuddet gør, at behandlingsindsatsen nu sker efter flere forskellige metoder og indeholder både et dagtilbud og et ambulant tilbud. Behandlingen i Allorfikcentre sker ud fra MI og Kognitiv adfærdsterapi (KAT). Behandlingen er p.t. ambulant med fremmøde til ca. 20 behandlingssamtaler. Herudover tilbydes pårørendebehandling. Andre behandlingsmodeller udvikles løbende så der nu i de fleste centre tilbydes par- og familiebehandling samt gruppeforløb til forældre til børn med rusmiddelproblemer og gruppetilbud til unge.

Den del af befolkningen, der ikke er bosiddende ved et lokalt Allorfikcenter serviceres af den private udbyder Katsorsaavik Nuuk. Behandlingen i Katsorsaavik Nuuk sker efter Minnesota/CENAPS-metoden som dagbehandling á 5 timer dagligt i 6-8 uger. Behandlingen uden for Allorfikcentre sker både i Nuuk – oftest for beboere fra bygderne - og lokalt gennem 2 årligt udbudte lokalforløb i alle byer dog kun 1 forløb i Qaanaaq, Ittoqqortoormiit og Kangaatsiaq for op til 11 borgere pr. lokalforløb. I Tasiilaq tilbydes 2 årlige forløb for op til 22 borgere. Lokalbehandlinger, der ikke har været benyttet af de enkelte byer tilbydes andre byer eller større bygder. Borgere, der ikke har mulighed for at komme på lokalforløb, tilbydes behandling i Nuuk under indkvartering. Katsorsaavik Nuuk vandt alle 17 udbud ved sidste udbudsrunde. Der er et nyt udbud i 2025 med start 1. april 2026.

Efter behandlingen tilbydes et 26-ugers efterbehandlingsforløb i gruppe, der er fælles for alle behandlingstilbud eller i Allorfikcentre et tilbud med 7 individuelle samtaler over 6 måneder. I både Allorfikcentre, og ved lokalbehandling tilbydes pårørendebehandling. Ud over det etablerede tilbud til pårørende visiteres fra 2018 også pårørende til borgere med rusmiddelproblemer, der ikke er i behandling.

Behandlingstilbuddet ved problemer med pengespil adskiller sig en smule fra tilbuddet ved rusmiddelafhængighed. I Allorfik tilbydes et særligt ambulant tilbud til borgere med problemer med pengespil, mens behandlingen ved lokalbehandlinger eller i Katsorsaavik Nuuk sker sammen med borgere med rusmiddelproblemer. Allorfik har derudover et samarbejde med Center for Ludomani i Odense, hvortil borgere også kan visiteres (dog kun dansksprogede borgere). Dette foregår som et internetbaseret forløb.

Allorfik har i 2021 etableret et samarbejde med Det Grønlandske Patienthjem i København om behandling over Skype, der videreføres i hjembyen efter udskrivningen.

2. Aktiviteter under Allorfik, Videntcenter om Afhængighed i 2024

Allorfik, Videntcenter om Afhængighed har en lang række forskelligartede arbejdsopgaver, både opgaver under *"Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling"* og ad hoc-opgaver. Herunder er redegjort for de vigtigste kerneopgaver i Allorfik, Videntcenter om Afhængighed.

Overvågning af visitation og behandling

God behandling kræver gode data på, hvem der henvises, behandles, efterbehandles og om behandlingsresultatet kan fastholdes. Formålet med at overvåge området er at kunne svare meget mere detaljeret på, hvem der har gavn af hvilket tilbud og hvem, der måske skal have et anderledes tilbud.

En af Videntcentrets vigtigste opgaver er således at udføre den nationale overvågning af henvisninger og behandlinger.

Den nationale overvågning sker overordnet gennem tre databaser. De tre databaser kaldes samlet Den Nationale Rusmiddelbehandlingsdatabase (NRB). De tre databaser er:

- Visitationsdatabasen (henvisninger)
- Behandlingsdatabasen (behandlinger)
- Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) (kortlægning af livsområder og opfølgning på kortlægning)

Visitationsdatabasen blev etableret i 2016. Denne indeholder oplysninger om alle, der er henvist til behandling. I visitationsskemaet indgår de WHO-udviklede spørgeskemaer AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) og fra 2018 DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) samt et spørgeskema om spilafhængighed og fra midten af 2018 livskvalitetsmålet WHO-5. Med disse fire instrumenter er det muligt, allerede når borgerne henvender sig om behandling at vurdere sværhedsgraden af deres rusmiddel- eller spilproblem og om de eventuelt. Skal nærmere undersøges for en depression eller en stresstilstand.

Behandlingsdatabasen blev ligeledes etableret i 2016. Denne indeholder oplysninger om behandlede, gennemførelsen af behandlingen og hvor behandlingen er foregået.

Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) er en systematisk kortlægning af borgerens eventuelle problemer relateret til rusmiddelbruget på syv dimensioner: Fysisk helbred, arbejde og økonomi, kriminalitet, alkohol, andre stoffer og medicin, familiære og sociale forhold samt psykisk helbred. Denne er etableret i 2018. Herudover følges borgerne med en mindre udgave af KN-ASI 6 uger inde i behandlingsforløbet, ved afslutning og igen 3, 6 og 12 måneder efter behandlingsafslutningen.

Det er Videnscentrets ønske, at data fra Allorfiks databaser også bruges i forskningsøjemed. I 2019 blev den første forskningsartikel, baseret på data fra Allorfiks databaser, publiceret. I 2020 blev yderligere 1 forskningsartikel publiceret og yderligere 1 i 2021. Den første er om AUDIT instrumentet og den anden om særlige forhold hos hjemløse i behandling. I 2024 er publiceret en evaluering af Implementeringen af Allorfik i

form af en ph.d.-afhandling, Denne er beskrevet kort i kapitel 6 i Allorfiks årsrapport for 2023. Forskningsindsatsen i Allorfik er skilt fra driften og er under Center for Rusmiddelforskning i Grønland en del af Center for Sundhedsforskning i Grønland under Ilisimatusarfik.

Uddannelsesindsatsen

Uddannelsesindsatsen bygger på internationale anbefalinger omkring behandlingsmetoder og behandlings-elementer. De grundlæggende uddannelser under Allorfik er:

1. Nøglepersonuddannelsen omkring rusmidler og spil
2. Rusmiddelbehandleruddannelsen

Uddannelserne foregår i samarbejde med Peqqissaanermik Ilinniartfik. Uddannelserne er baseret på den danske sundhedsstyrelses basisuddannelse for alkoholbehandlere modificeret efter grønlandske forhold og tilføjet undervisning omkring behandling af problemer med hash og pengespil, par og familier og behandling af unge.

Uddannelserne består nu af i alt 6 moduler. Hvert modul er et intensivt forløb på 5-6 dage. Nøglepersonuddannelsen omkring rusmidler og spil består af modul 1 og 2, som omfatter viden om og behandling inden for rusmiddel- og spilområdet samt undervisning i Motiverende Samtale (MI). Rusmiddelbehandleruddannelsen består af nøglepersonuddannelsen samt modul 3 – 6 om Kognitiv adfærdsterapi (KAT) generelt, kognitiv behandling af rusmiddel- og spilafhængighed, par- og familiebehandling ved rusmiddel- og spilproblemer, samt et modul om behandling af unge.

Uddannelsen er i 2022 blevet godkendt som en akademiuddannelse. Selve uddannelsesplanen er godkendt af Departementet for Uddannelse, men den vil skulle prioriteres økonomisk før den kan startes.

Nøglepersonuddannelsen har siden 2016 de fleste år været gennemført forår og efterår, men blev i 2022 kun gennemført en gang og dette er også planen fremover. I 2019 blev et specielt forløb i Qaqortoq lavet efter lokalt ønske. Behandleruddannelsen har været gennemført som et uddannelsesforløb årligt frem til 2020 og har i 2021 og 2022 været forstyrret af Covid-19 epidemien. Fra 2024 foregår behandleruddannelsen kun i lige år.

Informationsindsatsen

Informationsindsatsen er fortsat et kerneområde. Fagprofessionelle, mennesker med afhængighed og pårørende skal have let adgang til viden om behandlingsmuligheder, og hvad afhængighedsbehandling omfatter. Vi ved, at behandling nytter. Denne viden og viden om selve behandlingstilbuddet skal ud til befolkningen.

Allorfik vejleder på daglig basis kommuner og andre interessenter omkring rusmidler og spil og hvordan man kan blive henvist til behandling. Allorfik har oprettet en rådgivningstelefon, som er åben på hverdage mellem kl. 9-15 og en hjemmeside www.allorfik.gl med blandt andet selvtests, oplysninger om behandlingstilbuddet og om de lokale behandlingscentre. Ud over hjemmesiden laves løbende reklamer i KNR omkring Allorfik. De enkelte Allorfikcentre og Katsorsaavik Nuuk har egne Facebooksider.

Allorfik tilbyder et kursus for sagsbehandler i samtalen med unge med hashproblemer og et 3 dages kursus i rusmidler, samtalen om rusmidler og hvad et rusmiddelproblem kan betyde i familien.

Udbuddet i 2024 og 2025

Der blev udsendt et udbud om rusmiddelbehandling som dagbehandling i 2023 med i alt 17 deludbud. Med baggrund i for få tilbud blev dagbehandlingen genudbudt og vil blive det igen i 2025, da der ikke kom bud i 2024. Indtil det nye udbud træder i kraft 1. april fortsættes den lokale behandling som hidtil.

Medicinsk alkoholbehandling

Allorfik tilbyder medicinsk alkoholbehandling i alle Allorfik centre. Denne behandling er trangdæmpende, hvilket har stor betydning for alkoholforbrug og tilbagefald.

Behandlingstilbud til børn og unge

Allorfik blev i 2018 af Departementet for Sundhed bedt om at udarbejde en plan for et særligt behandlings-tilbud til børn og unge. Planen blev omdelt til Inatsisartut ved FM 2019. Baggrunden er, at Inatsisartut ved FM 2017 behandlede punkt 185: *"Forslag til Inatsisartutbeslutning om at Naalakkersuisut pålægges senest EM2018 at udarbejde en plan for særlige behandlingstilbud for børn og unge brugere af hash under 18 år"*. Planen dækker specielt aldersgruppen 15-24 år og er nu implementeret for behandlingsdelen.

Allorfik havde i 2022 og 2023 et rejsehold, der var i Qaanaaq og i Tasiilaq og fik gennemført behandling af unge opvokset med rusmidler i Tasiilaq og par- og familiebehandling og rusmiddelforebyggelse i folkeskolen i Qaanaaq. I 2023 var rejseholdet i Tasiilaq.

Samarbejdsaftaler med kommuner, forskningscentre og interesseorganisationer inden for rusmiddelbehandling

For at sikre det tværfaglige samarbejde udarbejdes samarbejdsaftaler mellem de enkelte kommuner og Allorfik. Der er lavet samarbejdsaftaler med alle kommuner men disse skal for de flestes fornys i 2024. I 2023 er lavet en ny samarbejdsaftale med sundhedsvæsenet med særligt fokus på borgere med både psykisk sygdom og et rusmiddelproblem. Da Allorfik fra 1. januar 2025 er en del af det grønlandske sundhedsvæsen vil alle samarbejdsaftaler skulle opdateres.

Allorfik har et tæt samarbejde med Center for Ludomani i Odense omkring behandlingen af personer med problemer med pengespil. I 2023 blev det til 2 forløb i Odense for 7 borgere på det første forløb og 6 borgere på det andet forløb. Borgerne blev ledsaget af to behandlere fra Allorfik, der fik mulighed for at lære mere om behandlingen af ludomani. Fra 2025 etableres et direkte samarbejde omkring enkeltborgere over video.

Allorfik har ligeledes et tæt samarbejde med U-turn, som er Københavns Kommunes behandlingstilbud til børn og unge med rusmiddelproblemer. Herudover har Allorfik samarbejde med Enheden for Klinisk Alkoholforskning ved Syddansk Universitet, Statens Institut for Folkesundhed under Syddansk Universitet og Grønlands Universitet.

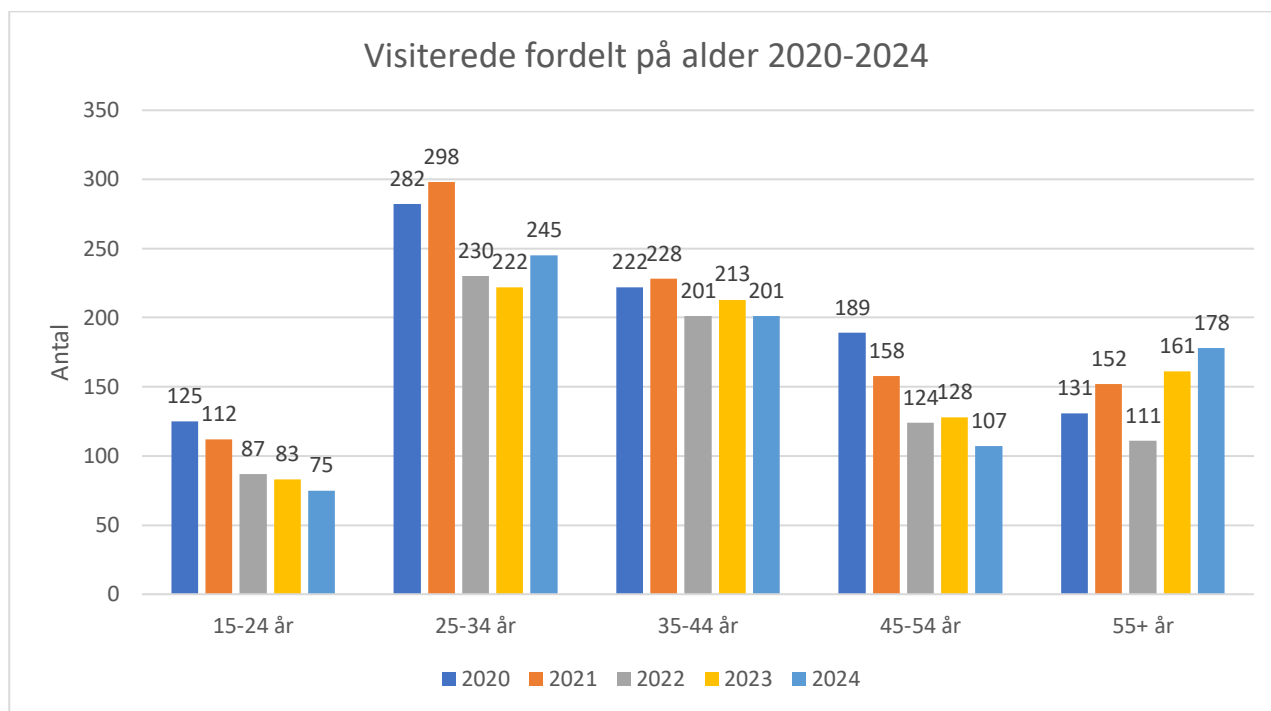
3. Visitationsdata 2024

Antallet af færdigvisiterede steg igen i 2024 efter også at være steget i 2023, hvor der forinden havde været et fald i 2022. Trods denne fortsatte stigning ligger niveauet stadig under årene 2019 til 2021. Hvert år bliver flere borgere visiteret til behandling, end der rent faktisk starter i behandling. Det skyldes bl.a., at henvisningen ikke færdiggøres, fordi borgeren annullerer den, at borgeren ikke viser sig at have et rusmiddelproblem, eller at borgeren henvises flere gange. I 2024 er der 26 borgere, der blev visiteret til behandling, men som aldrig startede deres behandlingsforløb.

Som i 2022 og 2023 indgår i 2024 også visitationer af pårørende, der ønsker pårørendebehandling. Disse indgår ikke i analyserne, der omhandler graden af problemer med rusmidler og spilafhængighed.

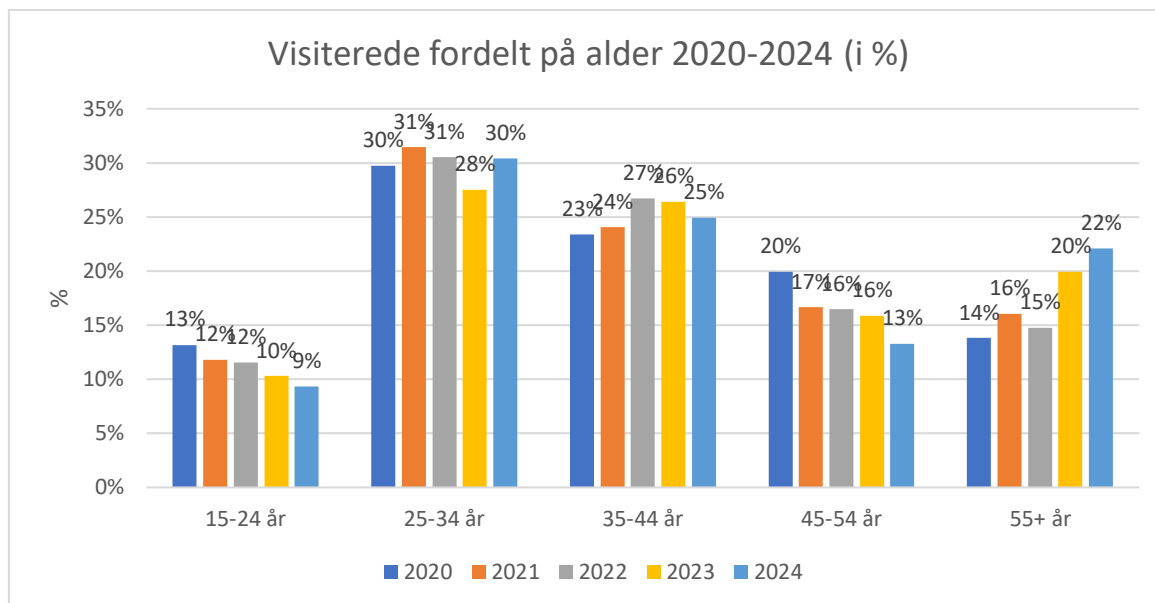
Aldersfordeling ved visitation til behandling

Det fremgår af Figur 3.1, at det samlede antal af færdigvisiterede borgere var stabilt i 2020 og 2021, men faldt i 2022. I 2023 steg antallet igen, hvorefter det i 2024 ligger på samme niveau som året før.



Figur 3.1 Antal færdigvisiterede i 10-års aldersgrupper fra 2020-2024
 2020 (N=949), 2021 (N=948), 2022 (N=753), 2023 (N=801) og 2024 (N=806)

Fordelt på alderskategorier er der i 2024 færre borgere i aldersgrupperne 15-24 år, 35-44 år og 45-54 år, der søgte behandling, mens antallet steg i grupperne 25-34 år og 55+ år sammenlignet med året før. Som i tidligere år er der flest borgere i aldersgruppen 25-34 år, der søger behandling, efterfulgt af 35-44-årige. Den yngste gruppe under 25 år er fortsat den mindst repræsenterede.



Figur 3.2 Andel i % af færdigvisiterede på 10 års aldersgrupper i 2020-2024
 2020 (N=949), 2021 (N=948), 2022 (N=753), 2023 (N=801) og 2024 (N=806)

Figur 3.2 viser den procentvise ændring i antallet af færdigvisiterede over tid. Sammenlignet med 2023 ses den største ændring i aldersgruppen 45-54 år, hvor andelen er faldet med 3 procentpoint - fra 16 % til 13 %.

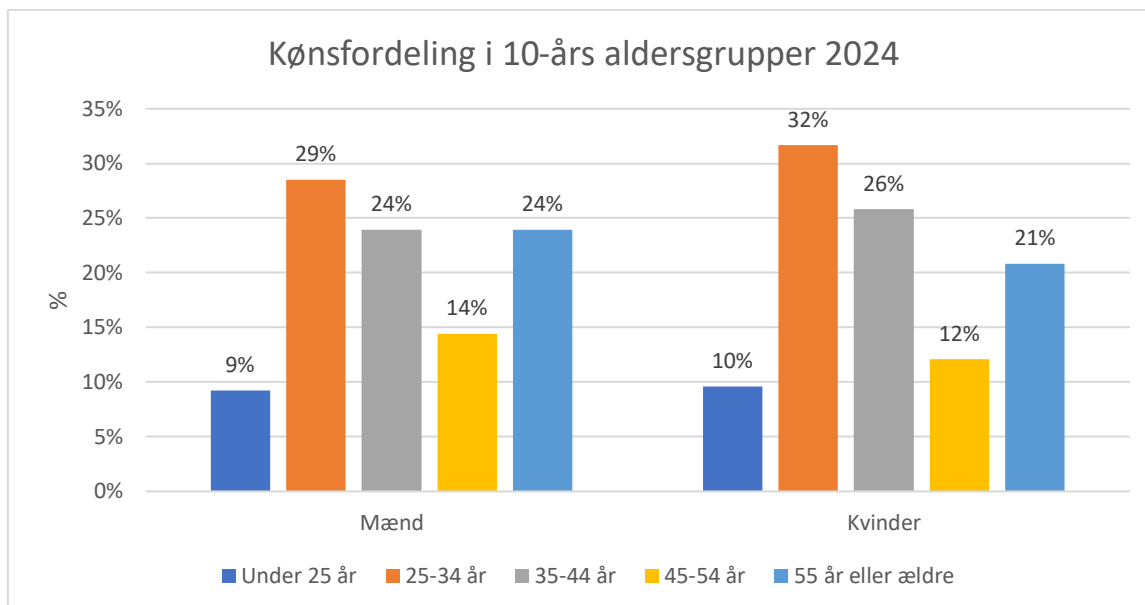
Kønsfordeling

Kønsfordelingen, illustreret i Figur 3.3, viser, at flere kvinder (60 %) end mænd (40 %) blev visiteret til behandling i 2024. Det har været et gennemgående fund alle årene, at der henvises flere kvinder end mænd. Overvægten af kvinder i behandling er usædvanlig i en international kontekst, da mænd i de fleste lande udgør ca. 2/3 af dem, der er i behandling.



Figur 3.3 Andel færdigvisiterede fordelt på køn (N=806)

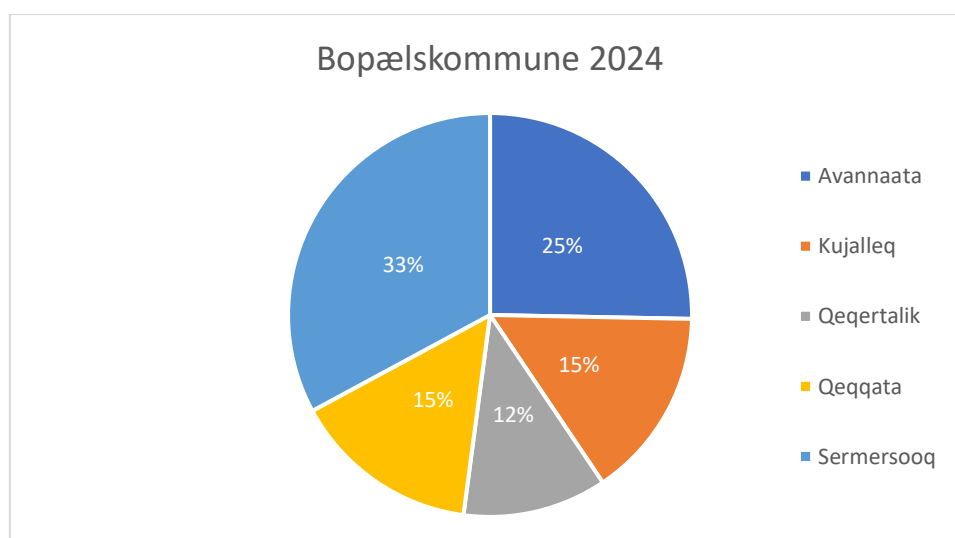
Kønsforskellen opdelt på 10-års aldersgrupper viser kun beskedne variationer. I de tre yngste aldersgrupper er der lidt flere kvinder, mens der i de to ældste aldersgrupper er omtrent tilsvarende flere mænd.



Figur 3.4 Køn fordelt på 10-års alderskategorier (N=806)

Fordeling på kommuner

Af Figur 3.5 fremgår det, at flest borgere er bosiddende i Kommuneqarfik Sermersooq (33 %), mens færrest er fra Kommune Qeqertalik (12 %). Der er ikke taget højde for kommunernes størrelse og befolkningstal.



Figur 3.5 Andel færdigvisiterede fordelt på bopælskommune (N=806)

Ser man generelt på den procentvise andel af borgere over 15 år, der henvises til rusmiddelbehandling i forhold til kommunens voksne befolkning, er fordelingen mere jævn. Mellem 1,1 % og 1,9 % af kommunernes befolkning henvises til behandling. Andelen varierer lidt over årene, men generelt henvises færrest i Kommuneqarfik Sermersooq. Denne fordeling afspejler udelukkende kommunernes henvisningsaktivitet og har ikke nødvendigvis sammenhæng med andelen af borgere med rusmiddelproblemer.

Problemer med alkohol ved visitation

Problemer med alkohol ved visitation vurderes ud fra en screeningtest kaldet AUDIT. AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) består af 10 spørgsmål og er udviklet af WHO til at vurdere alkoholforbrug, rusdrikning og alkoholrelaterede problemer i befolkningen. Testen findes i sin helhed på Allorfiks hjemmeside, www.allorfik.gl, som selvtesten "Drikker du for meget?".

Det første af de 10 spørgsmål i AUDIT er: "Hvor tit drikker du alkohol?". Figur 3.6 viser, at 20 % drikker alkohol 4 gange om ugen eller oftere, og 23 % drikker alkohol 2-3 gange om ugen. Den største gruppe er dem, der drikker alkohol 2-4 gange om måneden (25 %). 16 % drikker alkohol højst én gang om måneden, mens 21 % aldrig drikker alkohol. Der er 147 borgere, der ikke har besvaret spørgsmålet.

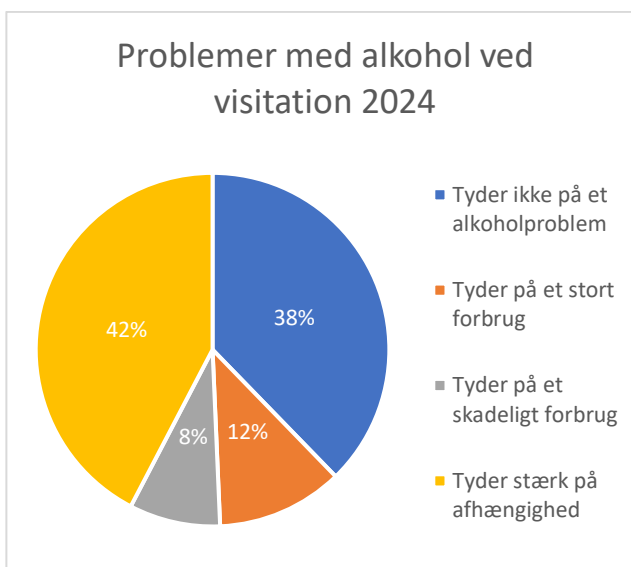


Figur 3.6 Færdigvisiterede borgeres svar på spørgsmålet "Hvor tit drikker du alkohol?" ved visitation i 2024 (N=659)

Figur 3.7 og 3.8 viser alkoholproblemets sværhedsgrad blandt borgerne ved visitation i 2024 sammenlignet med 2023. I 2024 har 42% af borgerne et alkoholforbrug, der tyder stærkt på afhængighed. Det er et fald i forhold til 2023, hvor andelen er 50%. Derudover har 12 % et stort forbrug, og 8 % et skadeligt forbrug. Hele 38% har ikke et alkoholproblem, hvilket er en markant stigning på 18 procentpoint i forhold til 2023. Borgere, der i 2024 har svaret "Aldrig" på spørgsmålet: "Hvor tit drikker du alkohol?", blev som i 2022 og 2023 inkluderet i gruppen uden alkoholproblem.



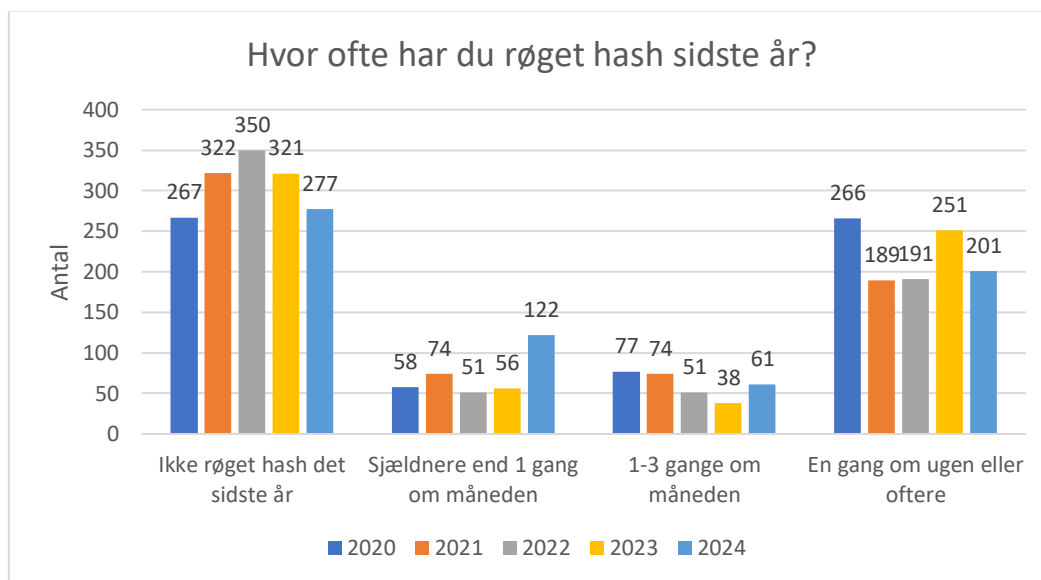
Figur 3.7 Alkoholproblemets sværhedsgrad blandt færdigvisiterede i 2023 (N=677)



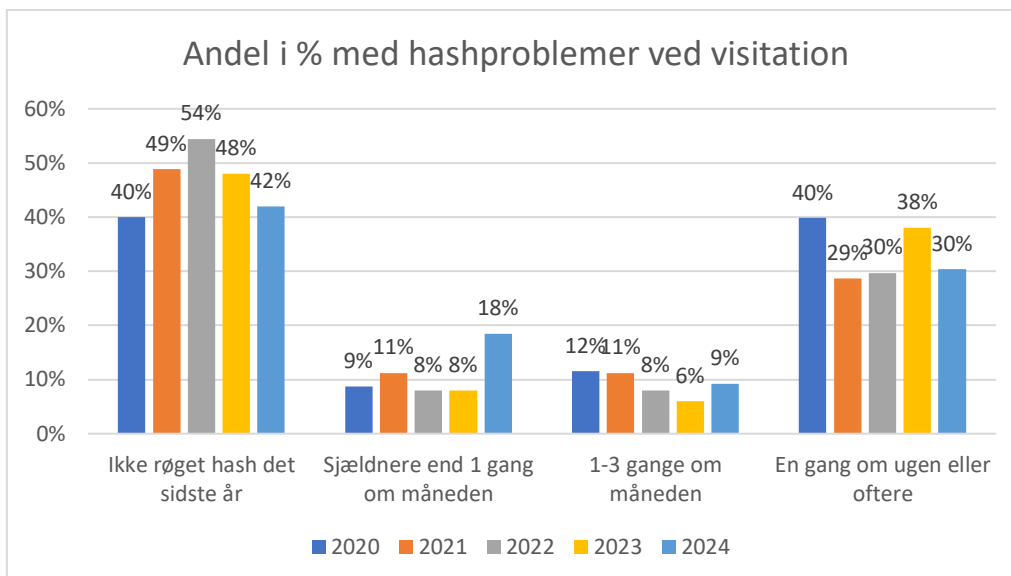
Figur 3.8 Alkoholproblemets sværhedsgrad blandt færdigvisiterede i 2024 (N=803)

Problemer med hash ved visitation

Siden 2018 er graden af hashproblemer blevet vurderet ud fra spørgsmålet: "Hvor ofte har du røget hash sidste år?". I sidste del af 2017 blev DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) også indført. DUDIT er et spørgeskema med 11 spørgsmål, der ligesom AUDIT giver en samlet score for graden af problemer med hash og andre stoffer eller egentlig afhængighed. DUDIT findes som selvtest på www.allorfik.gl.

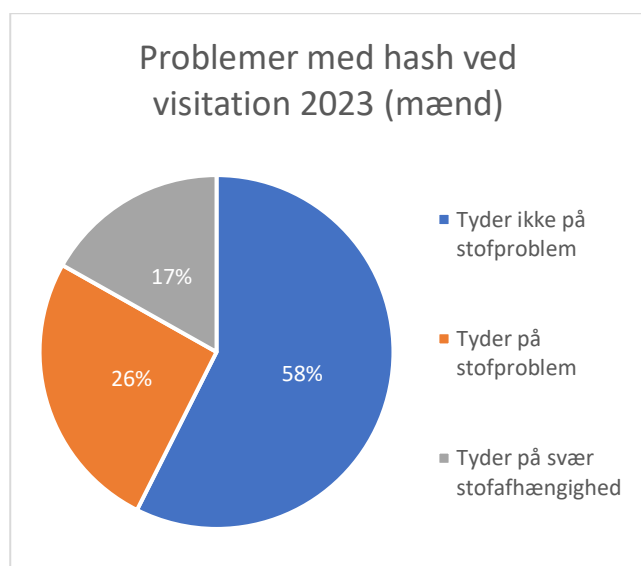


Figur 3.9 Færdigvisiterede borgeres svar på spørgsmålet Hvor ofte har du røget hash sidste år? 2020 (N=668), 2021 (N=659), 2022 (N=643), 2023 (N=667) og 2024 (N=661)

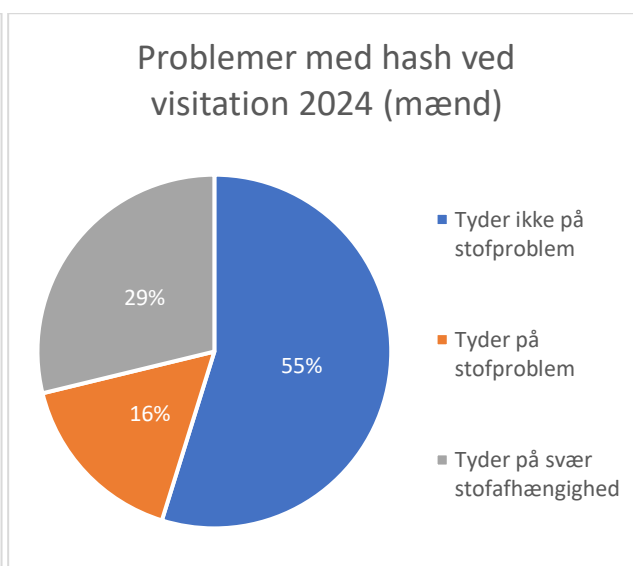


Figur 3.10 Færdigvisiterede borgeres svar i % på spørgsmålet Hvor ofte har du røget hash sidste år? 2020 (N=668), 2021 (N=659), 2022 (N=643), 2023 (N=667) og 2024 (N=661)

Figur 3.9 og 3.10 viser henholdsvis antallet og den procentvise fordeling af borgernes besvarelser på deres forbrug af hash det sidste år i perioden fra 2020 til 2024. I 2024 ses et fald i andelen af borgere, der ryger hash en gang om ugen eller oftere, fra 38 % i 2023 til 30 % i 2024. Niveaueet er nu på linje med 2021 og 2022, hvor andelen lå på henholdsvis 29 % og 30 %. Samtidig er andelen, der ikke har røget hash det seneste år, faldet fra 48 % til 42 %, mens andelen, der ryger sjældnere end én gang om måneden, steget markant fra 8 % til 18 %. 145 har ikke besvaret spørgsmålet. Det tyder samlet set på en forskydning fra intet eller meget hyppigt forbrug mod et mere lejlighedsvist forbrug.



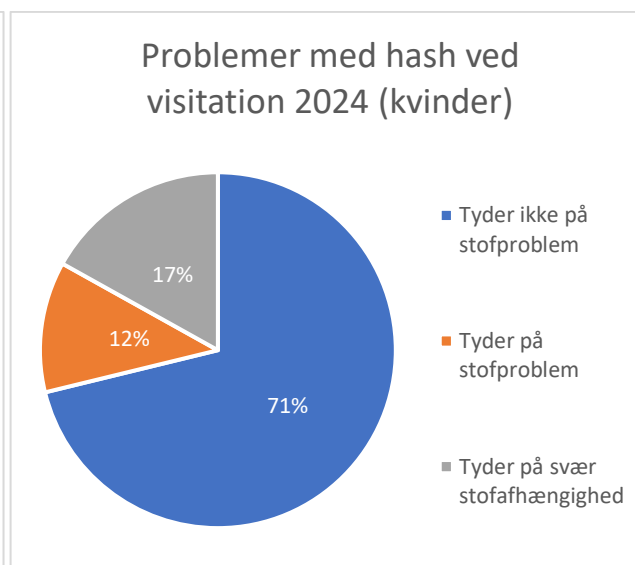
Figur 3.11 Andel færdigvisiterede mænd med hashproblemer i 2023 (N=319)



Figur 3.12 Andel færdigvisiterede mænd med hashproblemer i 2024 (N=323)



Figur 3.13 Andel færdigvisiterede kvinder med hash-problemer i 2023 (N=348)



Figur 3.14 Andel færdigvisiterede kvinder med hash-problemer i 2024 (N=479)

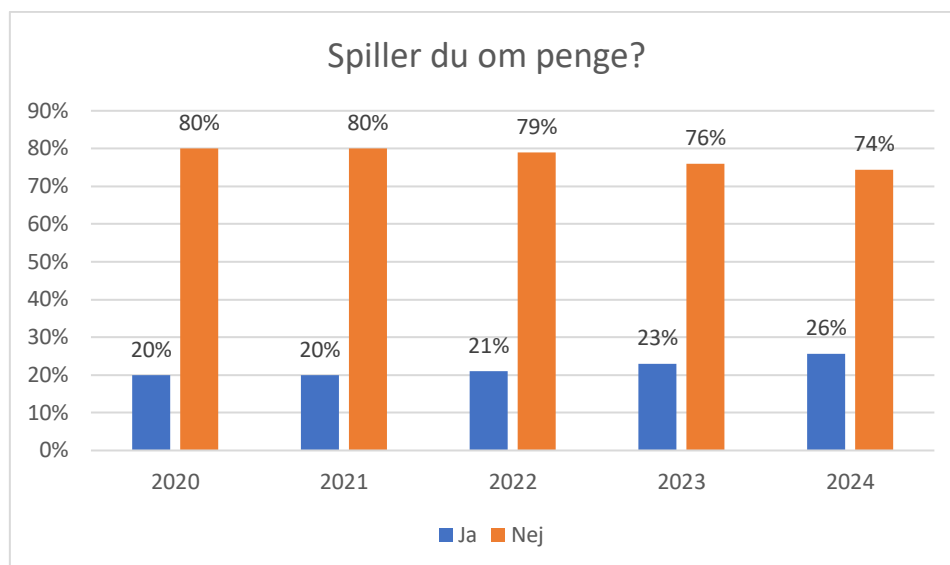
Figur 3.11-3.14 viser DUDIT-scoren fordelt på køn for årene 2023 og 2024. Figur 3.12 og 3.14 har henholdsvis 3 og 1 tom besvarelse. DUDIT-scoren er opdelt efter køn, fordi grænsen for, hvornår testen indikerer et stofproblem, er lavere for kvinder end for mænd. Både i 2023 og 2024 har en højere andel af mænd end kvinder visiteret til behandling problemer med hash. Befolkningsundersøgelser viser ligeledes, at flere mænd, særligt unge mænd, ryger hash.

I 2024 ses en tydelig forskel i udviklingen mellem mænd og kvinder i forhold til DUDIT-scoren. Blandt kvinder er andelen, der ikke har et stofproblem, steget fra 65 % i 2023 til 71 %, hvilket stort set svarer til faldet i kategorien "Tyder på stofproblem", som er faldet fra 19 % til 12 %. For mænd ses en forskydning fra 2023 til 2024, hvor andelen, der tyder på et stofproblem, er faldet fra 26 % til 16 %, mens andelen, der tyder på svær afhængighed, er steget fra 17 % til 29 %.

Problemer med pengespil ved visitation

Spilproblemer er den form for afhængighed, som færrest borgere henvises til behandling for. Spilproblemer vurderes dels ud fra spørgsmålet: "Spiller du om penge?", og dels ud fra en test med 10 spørgsmål omhandlende pengespil.

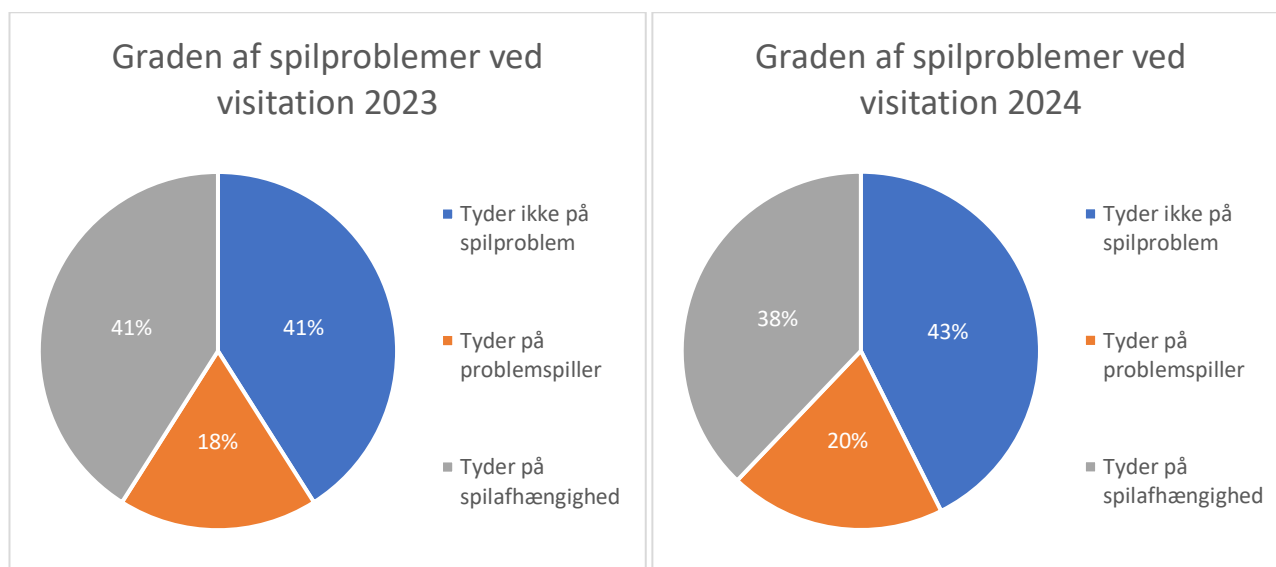
Selve testen findes som selvtest på Allorfiks hjemmeside, www.allorfik.gl.



Figur 3.15 Andel af færdigvisiterede borgere, der spiller pengespil i perioden 2020 til 2024
2020 (N=785), 2021 (N=752), 2022 (N=643), 2023 (N=667) og 2024 (N=659)

Figur 3.15 viser udviklingen i spilvaner over de sidste fem år. Det ses, at andelen af borgere, der ønsker behandling for et spilproblem, er steget en smule i de seneste år, fra 20 % i 2020-2021 til 21% i 2022, 23 % i 2023 og 26 % i 2024. 147 borgere har ikke besvaret spørgsmålet i 2024.

Det kan forventes, at den stigende andel afspejler en generel stigning i spilproblemer i befolkningen, som det for eksempel også er set i Europa, særligt i form af internetspil blandt yngre aldersgrupper.

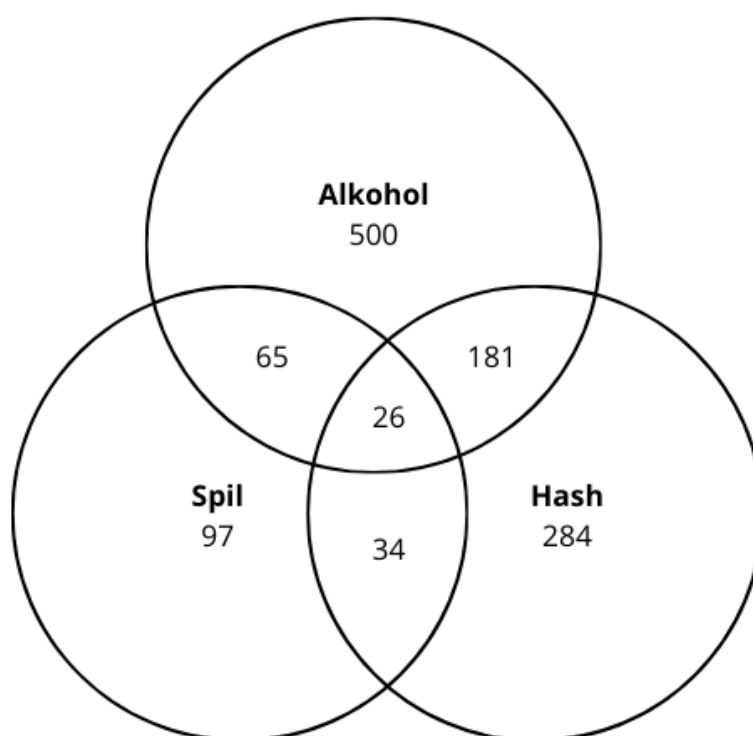


Figur 3.16 og Figur 3.17. Graden af spilproblemer blandt færdigvisiterede borgere, der har angivet, at de spiller om penge i 2023 og 2024 (N=157 i 2023 og N=169 i 2024)

Figur 3.16 og 3.17 viser den procentvise fordeling af spilproblemer baseret på testen for pengespil i årene 2023 og 2024. Tallene i figurene omfatter kun de borgere, der har svaret "Ja" til spørgsmålet: "Spiller du om penge?", da det kun er denne gruppe, der besvarer spørgsmålene i testen om pengespil.

I 2023 har 41 % af dem, der spiller om penge, en score, der tyder på spilafhængighed, mens andelen i 2024 er faldet til 38 %. Samtidig er andelen af problemspillere steget fra 18 % til 20 % i 2024. Dermed synes andelen af spillere med et svært spilproblem at være faldet fra 2023 til 2024, mens flere nu placerer sig i kategorien for problemspillere. Om dette skyldes en reel forbedring, eller om flere befinder sig i en overgangsfase mellem moderat og svær afhængighed, vides ikke.

Problemer med flere rusmidler



Figur 3.18 Problemer med flere rusmidler udregnet ud fra AUDIT, DUDIT og spørgsmål omhandlende spilafhængighed (antallet i figuren er større end antallet af visiterede, da nogle borgere indgår flere gange)

Flere af de færdigvisiterede borgere har ikke kun problemer med ét rusmiddel eller spil, men oplever flere samtidigt. Af Figur 3.18 fremgår antallet af færdigvisiterede, der har problemer med hash, alkohol og spil samt forskellige kombinationer af de tre.

Figur 3.18 viser følgende:

- 500 borgere (76 %) har et alkoholproblem svarende til storforbrug, skadeligt forbrug eller stærk afhængighed.
- 284 borgere (43 %) har problemer med hash svarende til et potentielt problem eller svær afhængighed.
- 97 borgere (15 %) har et spilproblem eller spilafhængighed.
- 181 borgere har både problemer med hash og alkohol.
- 65 borgere har både et alkohol- og et spilproblem.
- 34 borgere har både et spil og et hashproblem.
- 26 borgere har problemer på alle tre områder.

Af figuren kan udledes, at følgende gjorde sig gældende for borgere i behandling i 2024:

- Alkohol er fortsat det hyppigste rusmiddel- og spilproblem, der søges behandling for.
- 36 % af dem med et alkoholproblem har også et hashproblem.
- 64 % af dem med et hashproblem har også et alkoholproblem.
- 35 % af dem med et spilproblem har også et hashproblem.
- 67 % af dem med et spilproblem har også et alkoholproblem.

Sammenfattende er andelen med et alkoholproblem, der også har et hashproblem, uændret fra 2023 til 2024. Andelen med et hashproblem, der også har et alkoholproblem, faldt fra 79 % i 2023 til 64 % i 2024. Andelen med et spilproblem, der også har et alkoholproblem, faldt også fra 78 % til 67 %. Derimod steg andelen med spilproblem, der også har et hashproblem, fra 21 % i 2023 til 35 % i 2024. Figuren for 2023 kan findes i Allorfiks årsrapport for 2023.

Psykisk helbred og trivsel

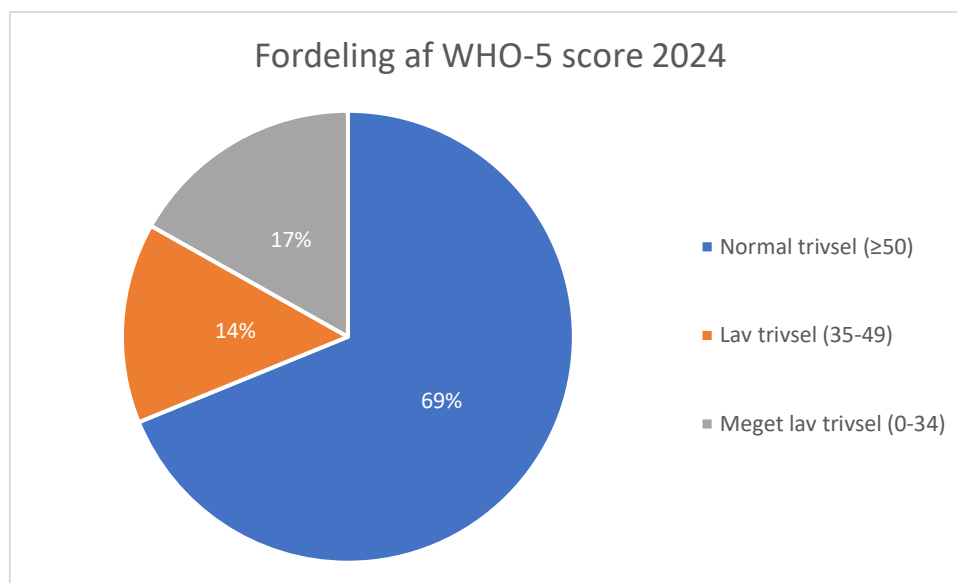
Trivsel

WHO-5 er et internationalt anvendt spørgeskema med 5 spørgsmål, der er fundet velegnet til at vurdere borgerens livskvalitet eller trivsel. Spørgsmålene giver en samlet score fra 0 (dårligst mulig livskvalitet/trivsel) til 100 point (bedst mulig livskvalitet/trivsel). Der findes i øjeblikket ingen data for, hvordan den grønlandske befolkning som helhed vurderer deres livskvalitet ud fra WHO-5, men i de nordiske lande ligger den gennemsnitlige score på omkring 70 ud af 100.

WHO-5 kategoriserer scoren således:

- 50 point eller derover indikerer normal livskvalitet.
- 35-49 point kan tyde på en stresstilstand eller en mindre depression.
- 0-34 point kan indikere en sværere stresstilstand eller en svær depressiv tilstand og bør føre til vurdering i sundhedsvæsenet.

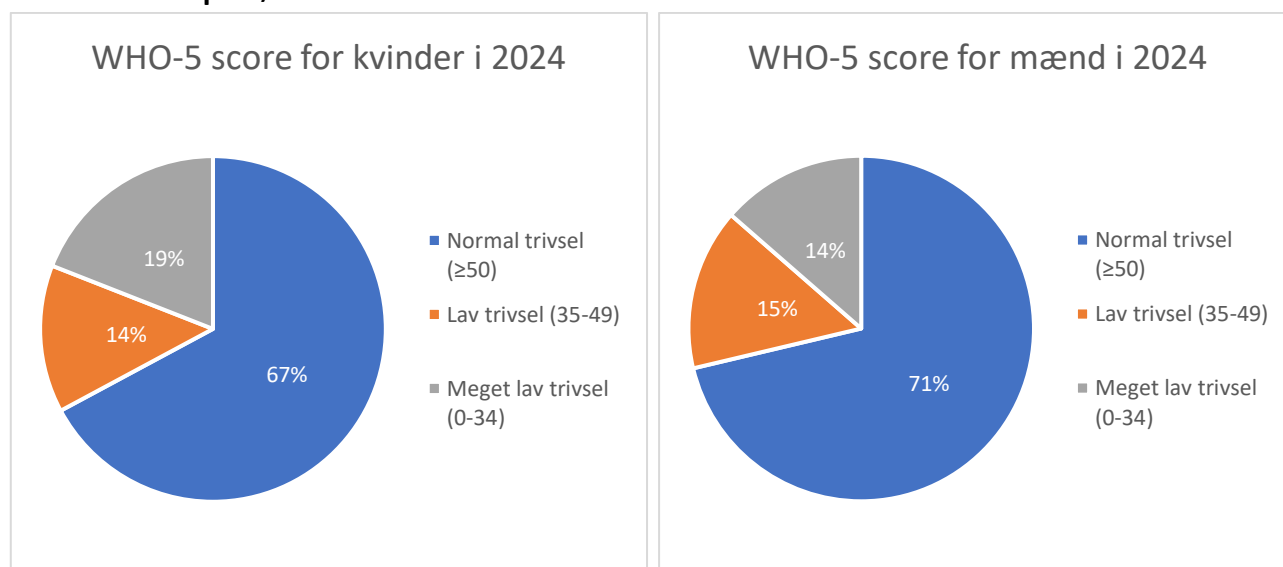
Borgerne i rusmiddelbehandling besvarer WHO-5 som en del af visitationen. De borgere, der blev visiteret i 2024, har i gennemsnit en WHO-5-score på 60 point. Dette er en smule lavere end gennemsnittet i 2022 og 2023, som er henholdsvis 61 og 63 point, men højere end gennemsnittet på 55 point i perioden 2019 til 2021. Årsagen til denne udvikling kendes ikke.



Figur 3.19 Fordeling af WHO-5-score blandt færdigvisiterede borgere i 2024 (N=802)

Af Figur 3.19 ses det, at 69 % af visiterede borgere i 2024 har en WHO-5-score svarende til *Normal trivsel* (≥50). 14 % har en WHO-5-score svarende til *Lav trivsel* (35-49), mens 17 % har en WHO-5-score svarende til *Meget lav trivsel* (0-34). I alt 4 har ikke besvaret spørgsmålet.

Trivsel fordelt på køn



Figur 3.20 og Figur 3.21 Fordeling af WHO-score for færdigvisiterede kvinder (N=478) og mænd (N=324) i 2024

Overordnet har kvinder ved visitationen til behandling en lavere WHO-5-score end mænd i 2024 (Figur 3.20 og Figur 3.21). Dette mønster er også set i tidligere år. Gennemsnitligt ligger WHO-5-scoren for kvinder på 59 point, mens den for mænd er 62 point. Gennemsnittet for begge køn er dermed i normalområdet d.v.s. 50 point eller over. At kvinder scorer lavere end mænd er også fundet i andre lande.

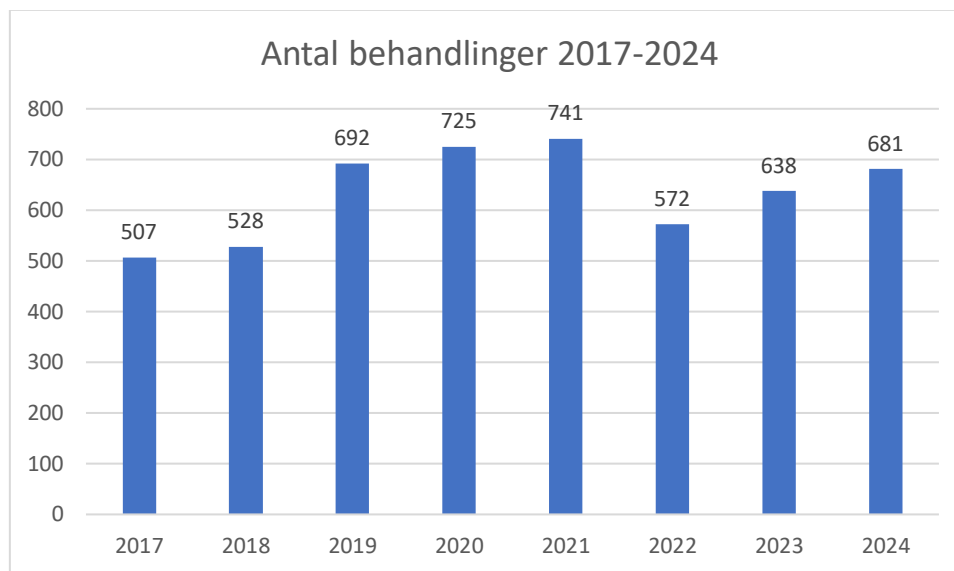
Af Figur 3.20 og 3.21 ses det, at henholdsvis 67 % af kvinderne og 71 % af mændene har en WHO-5-score i området for *Normal trivsel* (50 point eller derover). Omvendt har 33 % af kvinderne og 29 % af mændene en score under 50 point, svarende til en lav trivsel. Der er 2 tomme besvarelser i hver af de to figurer.

4. Behandlingsdata 2024

Behandlingsdatabasens indhold har været justeret flere gange med mindre ændringer siden oprettelsen i 2017.

Behandlinger i 2017-2024

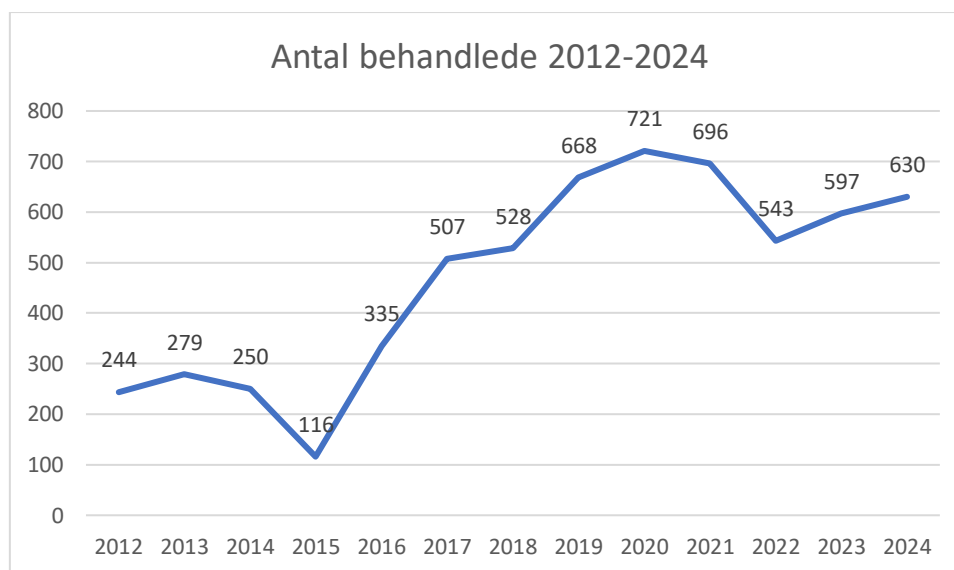
I 2024 er afsluttet 681 behandlinger på 630 borgere. Afsluttede behandlingsforløb dækker gennemførte og afbrudte behandlingsforløb. Derudover er der 99 igangværende behandlingsforløb.



Figur 4.1 Antal afsluttede behandlinger i årene 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 og 2024 (N=5084)

Figur 4.1 viser antallet af afsluttede behandlingsforløb fordelt på år siden 2017. I alt er der registreret 5084 afsluttede behandlingsforløb. Figuren illustrerer, at antallet af afsluttede behandlingsforløb i 2024 er steget yderligere fra 2023, men at antallet fortsat ikke når op på niveauet fra 2019-2021.

Behandlede i 2012-2024



Figur 4.2 Antal behandlede borgere i årene 2012-2024 (N=6114)

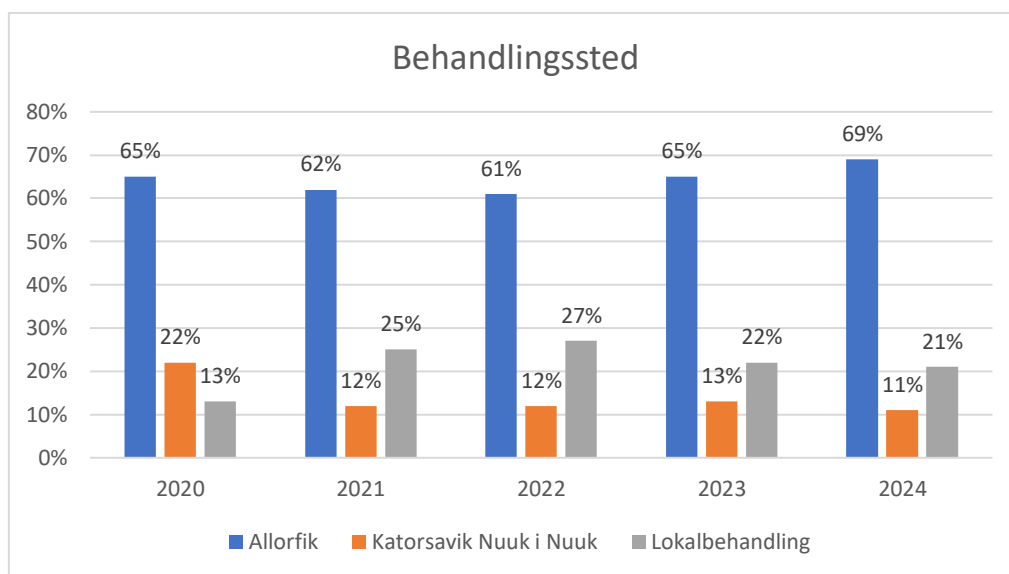
Det samlede antal behandlede borgere med et afsluttet behandlingsforløb fra 2012 til 2024 fremgår af Figur 4.2. Samlet er 6114 borgere blevet behandlet i denne årrække. For årene 2012-2015 er både klienter i den daværende aftale med sundhedsvæsenet og egenbetalere inkluderet. Antallet af behandlinger og antallet af behandlede borgere adskiller sig, da nogle borgere kan have haft to eller flere behandlingsforløb.

Behandlingssted 2024

Som beskrevet i kapitel 1 er det et ønske fra kommunerne, at behandlingen kan tilbydes lokalt. Andelen af behandlinger fordelt på de forskellige behandlingssteder har ændret sig over årene fra 2020 til 2024 (Figur 4.3). Der er 8 manglende besvarelser i 2024.

Det svære ved at fastholde en livsstil uden rusmidler og/eller spil er ikke at være i behandling, men at vende tilbage til den samme dagligdag og de samme forhold, man forlod. Kommunernes ønske om, at behandlingen skal foregå lokalt, giver derfor god mening. Det indgår som et visitationskriterium i loven om behandling af afhængighed, at behandlingen, så vidt det er muligt, skal tilbydes så tæt på borgerens hjem som muligt. Det er der flere grunde til:

- Borgeren kan prøve sin nye viden og sin nye livsstil af i sin dagligdag, mens behandlingen foregår.
- Det giver mulighed for en samtidig styrkelse af øvrige indsatser omkring borgeren.
- Det skaber bedre mulighed for samtidig behandling af pårørende.



Figur 4.3 Andelen af afsluttede behandlinger fordelt på behandlingssted i årene 2020 – 2024
2020 (N=872), 2021 (N=741), 2022 (N=545), 2023 (N=638) og 2024 (N=673)

Andelen af borgere i centralbehandling i Nuuk faldt markant fra 22 % i 2020 til 12 % i 2021 og har siden ligget relativt stabilt. I 2024 modtog kun 11 % centralbehandling, mens 89 % af borgerne er behandlet lokalt - enten i et Allorfikcenter eller via lokalbehandling i egen by eller bygd. Det er den højeste andel af borgere, der er blevet behandlet lokalt hidtil. På trods af denne stigning i lokalbehandling fastholdes muligheden for centralbehandling i Nuuk. Siden 2021 er lokalbehandling blevet tilbudt to gange årligt i alle byer uden et Allorfikcenter, undtagen Qaanaaq, Ittoqqortoormiit og Kangaatsiaq, hvor det tilbydes én gang årligt. Tasii-laq har en særlig ordning med 2 årlige forløb for op til 22 borgere per forløb. Det er også muligt for kommu-

nerne at få lokalbehandling i bygderne, hvis mindst 6 borgere ønsker det. Planlagte, men ikke afviklede, lokalbehandlinger forsøges desuden udnyttet i andre byer eller bygder. Herudover tilbyder Allorfikcentre behandling over telefon eller internettet for borgere, der ønsker dette.

Behandlingsstatus

Gennemførte behandlinger defineres i 2024 som behandlingsforløb, hvor borgeren gennemførte mindst 6 ugers behandling. I 2023 blev gennemførsel opgjort på anden vis.

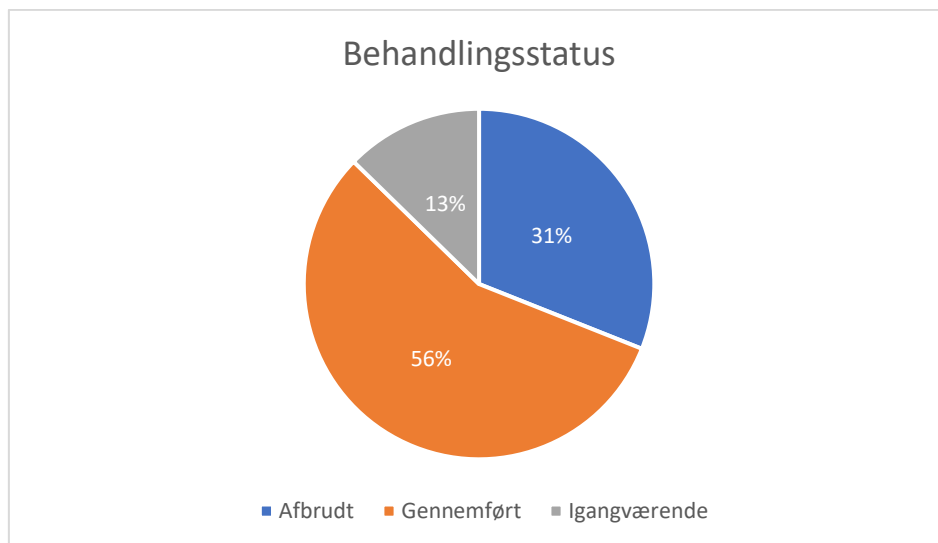
I 2024 er 56 % af behandlingsforløbene registreret som gennemført, 31 % som afbrudt og 13 % som igangværende (Figur 4.4).

Andelen af gennemførte forløb er dermed steget markant sammenlignet med 2023, hvor kun 43 % af forløbene blev gennemført. Denne stigning hænger bl.a. sammen med, at man i 2024 igen anvender den tidligere brugte definition af "Gennemført", hvor et gennemført behandlingsforløb varer mindst 6 uger. Stigningen i andel gennemførte er derfor forventet.

Sammenlignet med 2022, hvor samme opgørelsesmetode blev brugt som i år, er andelen den gennemfører dog fortsat lidt lavere. Dengang var 61 % af forløbene gennemført. På trods af ændringer i opgørelsesmetoden må det konkluderes, at andelen af borgere, der gennemfører behandlingen, samlet set er lidt lavere i 2024 end tidligere.

Samtidig ses det, at borgere i behandling over årene har fået flere udfordringer, hvilket i sig selv kan betyde, at færre gennemfører. Gennemførslen afhænger i høj grad af, om borgeren udelukkende har et rusmiddelproblem, eller også har problemer på andre områder, eksempelvis omkring bolig, økonomi, arbejde eller personlige problemer med rødder i opvæksten, som borgeren fortsat kæmper med. For behandling kan ikke stå alene.

"Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed" stiller store krav til det samarbejde, der skal foregå mellem rusmiddelbehandlingen, kommunerne og sundhedsvæsenet. Kommunerne er således forpligtet til at udarbejde en efterforløbsplan for de sociale, arbejdsmæssige og øvrige indsatser, som skal følges sideløbende med behandlingsforløbet. Det har dog vist sig vanskeligt at få dette samarbejde til at fungere i praksis. Som dokumenteret i Allorfiks årsrapport for 2022 er det kun få borgere, der får udarbejdet den lovpligtige kommunale efterbehandlingsplan.

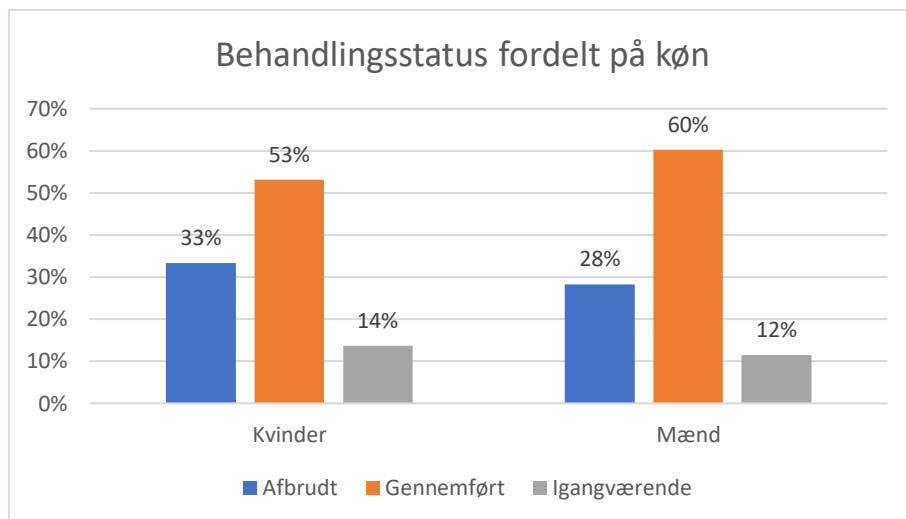


Figur 4.4 Behandlingsstatus (N=780)

Behandlingsstatus fordelt på køn

Figur 4.5 viser, hvordan behandlingsstatus fordeler sig blandt mænd og kvinder i 2024. Det ses, at en lidt større andel af mænd (60 %) gennemførte behandlingen sammenlignet med kvinder (53 %)

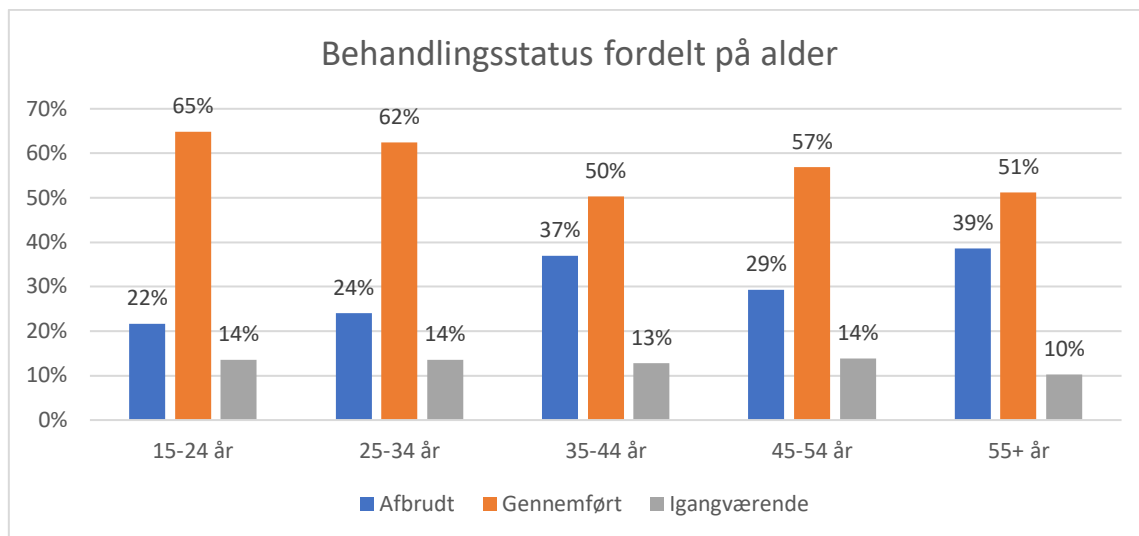
I 2019, 2020, 2022 og 2023 gennemførte en større andel af kvinder end mænd behandlingen, mens billedet er omvendt i 2021 og 2024, hvor andelen af gennemførte behandlingsforløb er højest blandt mænd. Derudover ses, at en lidt større andel kvinder (14 %) er registreret som igangværende sammenlignet med mænd (12 %), mens kvinder også i lidt højere grad har afbrudt behandlingsforløbet.



Figur 4.5 Behandlingsstatus fordelt på køn (kvinder N=433 og mænd N=347)

Behandlingsstatus fordelt på alder

Figur 4.6 viser for 2024, hvor stor en andel inden for hver aldersgruppe der gennemførte, afbrød eller fortsat er i gang med deres behandlingsforløb.



Figur 4.6 Behandlingsstatus fordelt på alder (N=780)

Modsat 2023 er det i 2024 de 15-24-årige, der har den højeste andel gennemførte behandlingsforløb (65%) og den laveste andel afbrudte (22 %). Det er en markant ændring, da unge tidligere har været sværere at fastholde i behandling.

Gennemførselsandelen er lavest blandt de 35-44-årige (50 %) og borgere over 55 år (51 %), hvor andelen af afbrudte samtidig er blandt de højeste (henholdsvis 37 % og 39 %). Andelen af igangværende behandlingsforløb ligger forholdsvis ens på tværs af aldersgrupper, med en variation mellem 10 og 14 %.

5. Den Nationale Rusmiddelbehandlingsdatabase (KN-ASI) 2024

Det var et stort ønske i forbindelse med Allorfiks opstart, at der blev etableret en mulighed for at overvåge resultatet af rusmiddelbehandlinger. Det sker gennem den Nationale Rusmiddelbehandlingsdatabase, der består af tre dele: databasen over visiterede, behandlingsdatabasen samt KN-ASI-databasen. Alle, der behandler borgere med rusmiddelproblemer for Selvstyret, skal indrapportere til KN-ASI-databasen. KN-ASI-databasen er baseret på spørgeskemaet Addiction Severity Index, som er tilpasset grønlandske forhold. Indrapporteringen bør ske for alle, der blev indskrevet til behandling, mens pårørendeforløb og korte samtaleforløb ikke registreres.

Siden 2017 har det været muligt at indrapportere til KN-ASI på både grønlandsk og dansk, og databasen blev samtidig udvidet. Før 2017 blev der kun foretaget registrering ved behandlingsstart og afsluttet behandling. Fra 2017 er der indført registrering af status ved afsluttet behandling samt status 6 måneder efter endt behandling foretaget af behandlingsinstitutionen. I slutningen af 2018 er der indført status efter 6 ugers behandling.

I 2019 kom der med *"Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed"* indført krav om, at kommunerne også indrapporterer til databasen efter 3 og 12 måneder. Samlet skal data give mulighed for at vurdere, om borgeren har haft mulighed for at fastholde behandlingsresultatet efter endt behandling.

Siden 2018 har Allorfik indgået samarbejde med visiterende enheder - d.v.s. kommunen eller arbejdspladser, der har henvisningsret gennem en samarbejdsaftale med Allorfik. Ønsket er, at disse enheder indrapporterer til databasen 3 og 12 måneder efter endt behandling. Trods lovgivning om dette fra 2019 skete det ikke i praksis, og i 2020 begyndte Allorfik selv at sikre indrapportering til databasen 3 og 12 måneder efter endt behandling, mens behandlingsstedet fortsat står for indrapportering efter 6 måneder.

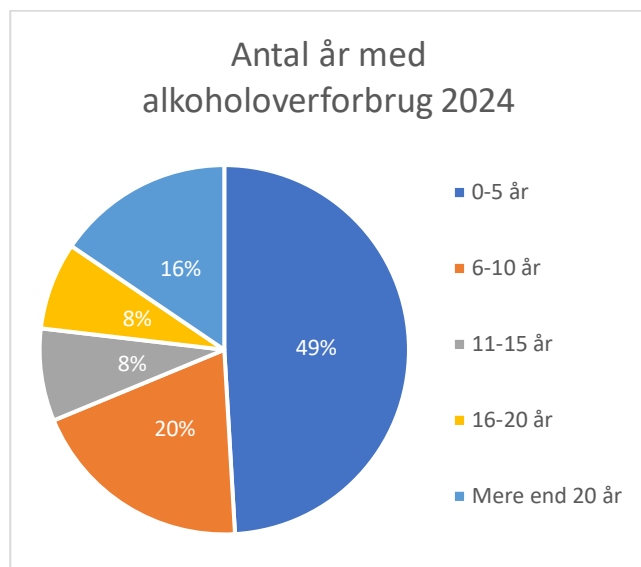
I 2024 er der foretaget startinterview til Den Nationale Rusmiddeldatabase for 463 borgere, svarende til 59 % af alle behandlingsforløb hos Allorfik det år. Til sammenligning er antallet 422 i 2020, 577 i 2021, 448 i 2022 og 473 i 2023. Interviewet gennemføres i Allorfikcentre typisk lidt inde i behandlingsforløbet, da det kræver en god relation mellem borger og behandler. Fuldstændigheden af data er derfor en balance mellem det rigtige tidspunkt for interview og ønsket om at inkludere så mange borgere som muligt.

Varighed af alkohol- og hashproblemer og behov for genbehandling

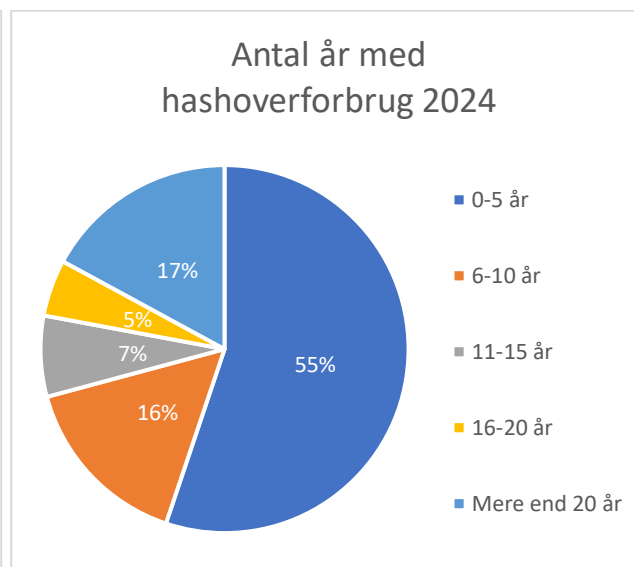
Det er et ønske, at borgere med rusmiddel- og spilproblemer kommer i behandling så tidligt som muligt, efter problemet er opstået. Det skyldes, at jo længere en borger har haft et rusmiddelproblem, desto større er både problemets sværhedsgrad og de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser ofte.

Af Figur 5.1 (31 mangler besvarelser) og Figur 5.2 (182 mangler besvarelser) fremgår det, at størstedelen af behandlede borgere i 2024 har haft et alkohol- eller hashoverforbrug i 0-5 år. I alt begynder 49 % af de behandlede borgere med et alkoholoverforbrug og 55 % af de behandlede borgere med et hashoverforbrug behandling inden for 5 år efter, at problemet er opstået. Men der er fortsat mange, der har problemer i en længere årrække. 20 % af de behandlede borgere i 2024 har haft et alkoholoverforbrug i 6-10 år, mens 16

% har haft et hashforbrug i samme periode. Mellem 5 og 8 % af de behandlede borgere har haft et rusmiddelproblem i henholdsvis 11-15 eller 16-20 år. 16 % af de behandlede borgere har haft et alkoholoverforbrug i mere end 20 år, mens 17 % har haft et hashoverforbrug i mere end 20 år.

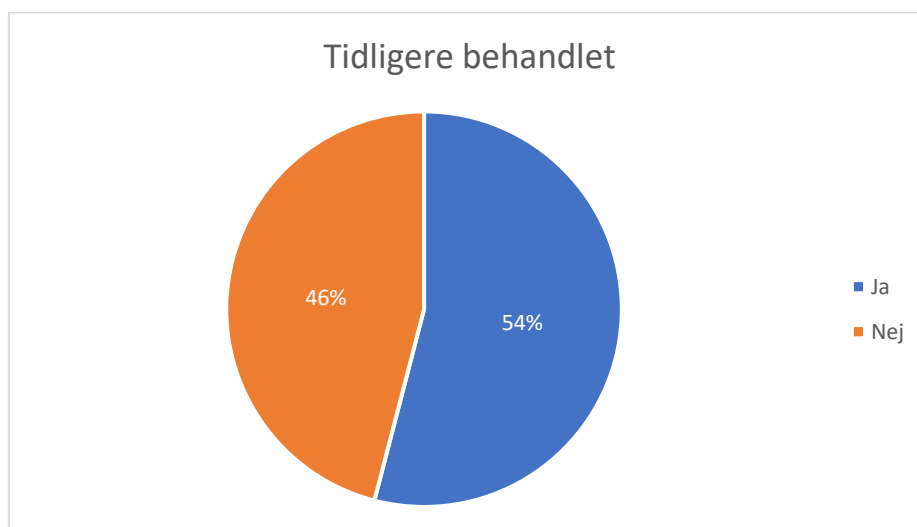


Figur 5.1 Antal år med alkoholoverforbrug (N=432)



Figur 5.2 Antal år med hashoverforbrug (N=281)

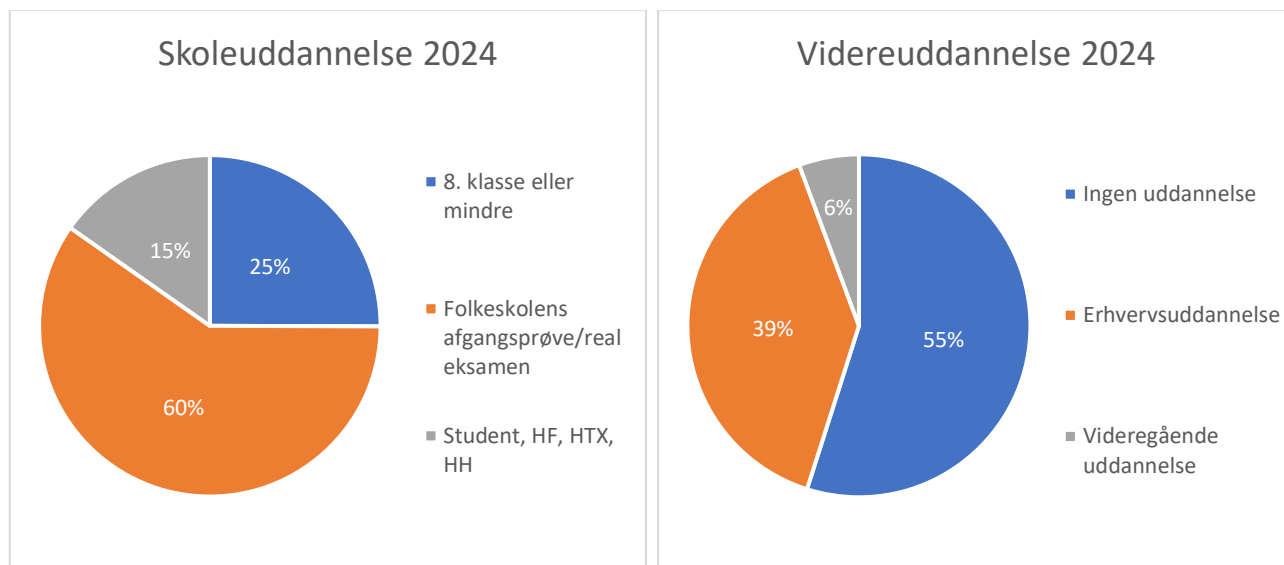
Behandling nytter, men mange borgere med rusmiddelproblemer har behov for at blive behandlet flere gange. Behandlingseffekten for afhængighedssygdomme er grundlæggende fundet at være på niveau med øvrige livsstilssygdomme som f.eks. rygning og overvægt. Det ser dog ud til, at andelen af borgere, der genbehandles, stiger lidt. 2023 er det første år, hvor over halvdelen af borgerne i behandling tidligere har modtaget behandling. Som det fremgår af Figur 5.3, er dette igen tilfældet i 2024, hvor 54 % har været i behandling før, og 46 % ikke tidligere har modtaget behandling. Der er 5 manglende besvarelser.



Figur 5.3 Andelen af behandlede borgere der tidligere er blevet behandlet for rusmiddel- og spilproblemer (N=458)

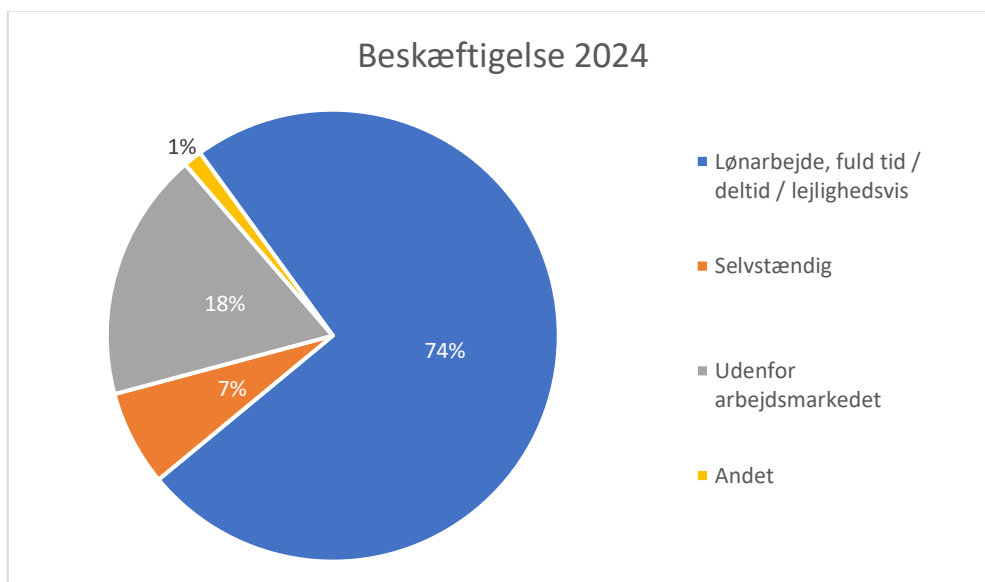
Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse

Mange borgere i behandling har en kort skoleuddannelse.



Figur 5.4 Skoleuddannelse (N=459) og Figur 5.5 Videreuddannelse (N=459)
(erhvervsuddannelse dækker over en hjælper-, en assistent- eller en lang erhvervsfaglig uddannelse. Videregående uddannelse dækker over både bachelor- og kandidatuddannelse)

I Figur 5.4 ses, at 85 % af de behandlede borgere har en skoleuddannelse svarende til folkeskolens afgangsprøve eller lavere, mens 15 % har en gymnasial uddannelse eller højere. Af Figur 5.5 fremgår det, at 55 % af de behandlede borgere ikke har en uddannelse efter folkeskolen, 39 % har en erhvervsuddannelse og 6 % har en videregående uddannelse. Begge figurer har 4 manglende besvarelser.

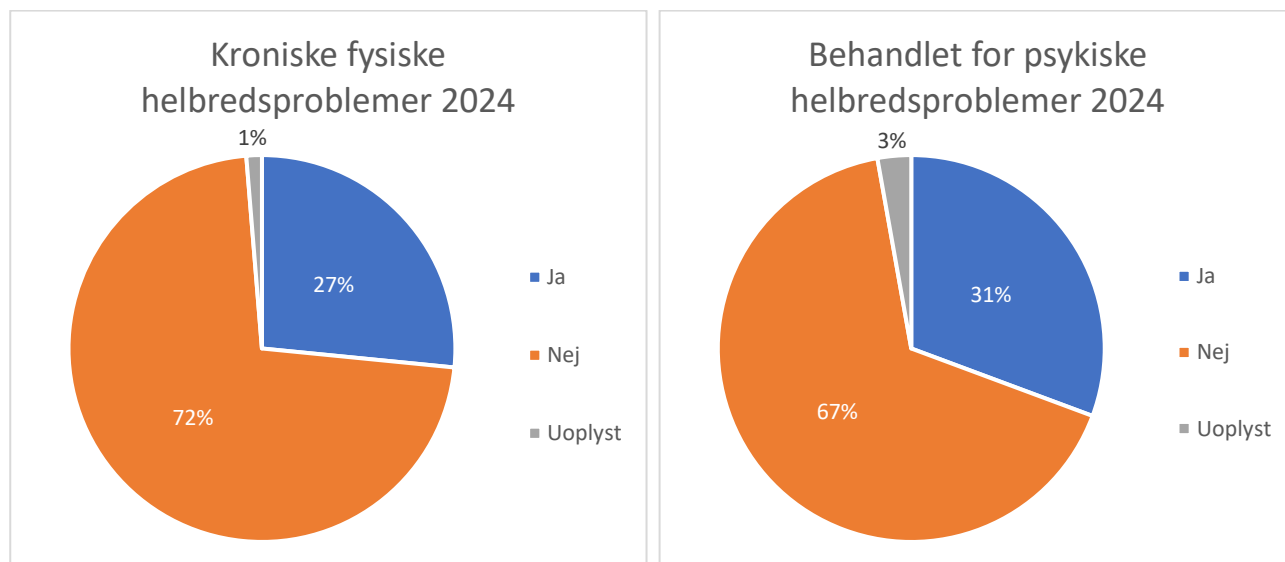


Figur 5.6 Primær beskæftigelse inden for de sidste tre år blandt behandlede (N=454)

En del borgere i behandling er uden for arbejdsmarkedet. Ifølge Figur 5.6 har i alt 81 % af de behandlede borgere tilknytning til arbejdsmarkedet, enten som lønmodtagere (74 %) eller som selvstændige (7 %).

Borgere uden for arbejdsmarkedet udgør 18 % af de behandlede. Disse borgere er enten hjemmegående, pensionister, studerende, arbejdsløse eller modtagere af sociale ydelser. Derudover har 1 % angivet "Andet", som ikke er nærmere specificeret. Figuren har 9 manglende besvarelser.

Helbredsforhold

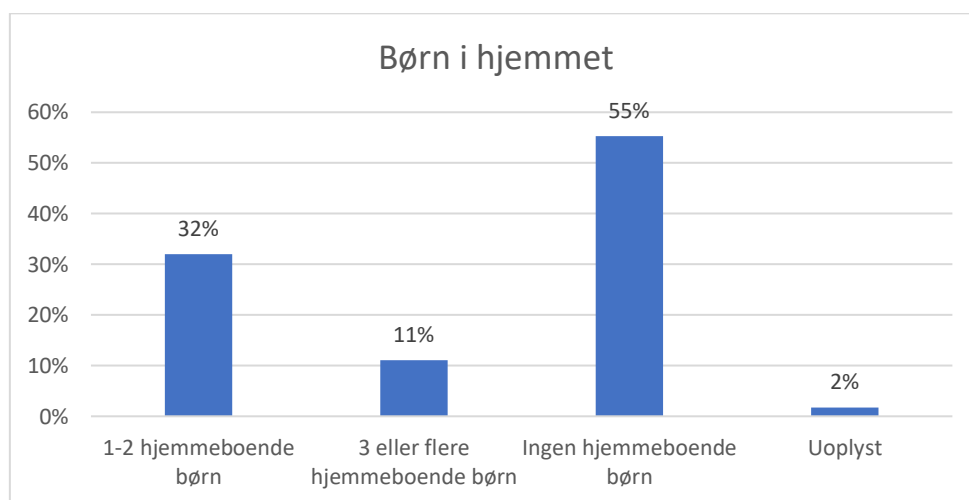


Figur 5.7 og 5.8 Andelen af behandlede borgere med kroniske fysiske- eller psykiske helbredsproblemer (N=463)

Borgere med rusmiddelproblemer har ofte også andre og flere samtidige helbredsproblemer. I alt 27 % af de behandlede borgere angiver, at de har langvarige fysiske helbredsproblemer ud fra spørgsmålet: "Har du kroniske fysiske skader eller sygdomme, som vedvarende påvirker dit liv?" (Figur 5.7).

Af Figur 5.8 fremgår det, at 31 % af de behandlede borgere har været i behandling for psykiske problemer (ambulant eller under indlæggelse).

Behandlede med børn under 18 år



Figur 5.9 Fordelingen af hjemmeboende børn blandt behandlede borgere med børn (N=463)

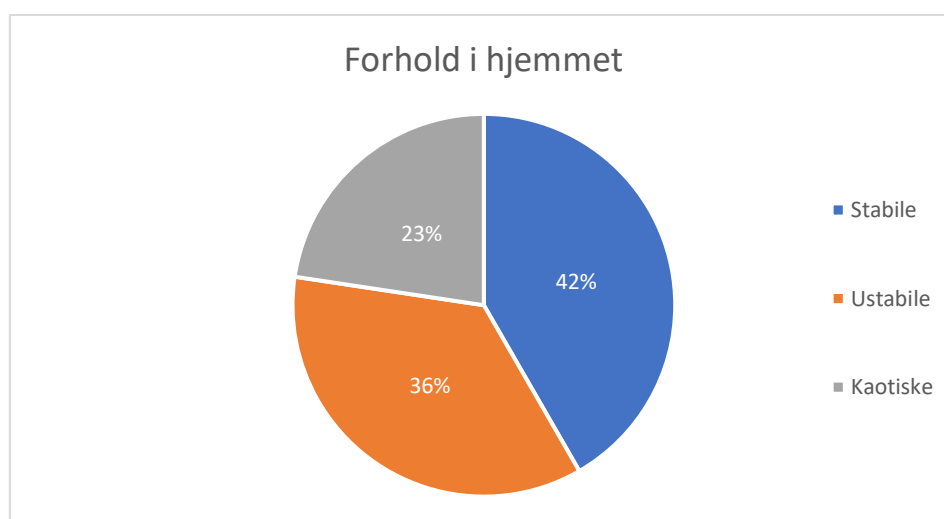
Mange borgere i behandling har børn under 18 år i hjemmet. Blandt borgere i behandling i 2024 angiver 32 %, at de har 1-2 hjemmeboende børn og 11 %, at de har 3 eller flere hjemmeboende børn, mens 55 % ingen hjemmeboende børn har. For de resterende 2 % er information om hjemmeboende børn ikke oplyst.

Forholdene i barndomshjemmet

I forhold til rusmidler tales der ofte om "social arv". Det vil sige, at der er en sammenhæng mellem forældrenes adfærd samt sociale og uddannelsesmæssige forhold og deres børns færd i livet. Social arv har mange årsager, herunder arvemæssige, individuelle og samfundsskabte forhold.

Negative barndomsoplevelser trækker tunge spor ind i voksenlivet og har en stor og velkendt sammenhæng med risikoen for at udvikle et rusmiddelproblem. Sådanne oplevelser er også forbundet med en lang række andre fysiske og psykiske helbredseffekter - for eksempel øget risiko for udvikling af anden psykisk sygdom og hjerte-kar-sygdomme som forhøjet blodtryk og blodpropper.

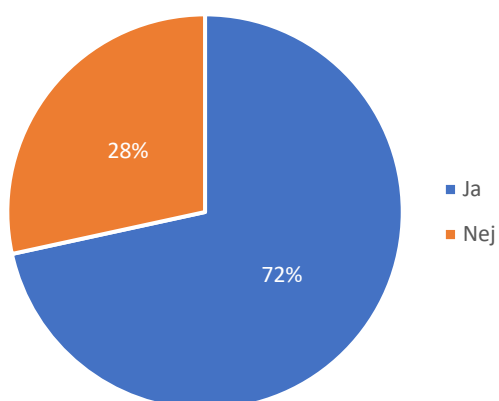
Der findes omfattende forskning i negative barndomsoplevelser, og nogle af de forhold, der er fundet at have de største følger ind i voksenlivet, er opvækst i et hjem med rusmiddelproblemer, manglende opmærksomhed fra forældrene, opvækst med en psykisk syg forælder samt udsættelse for fysiske, psykiske og seksuelle krænkelser.



Figur 5.10 Forhold i hjemmet under opvæksten (N=451)

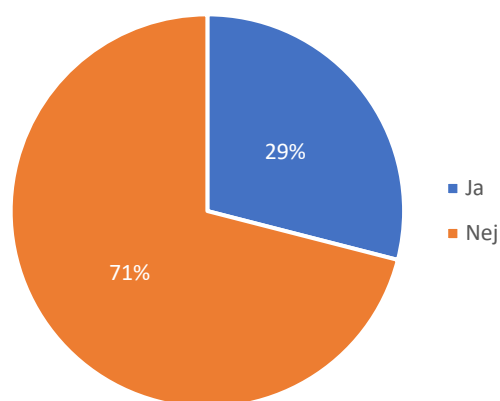
Figur 5.10 viser, at 42 % af borgere i behandling har stabile forhold i hjemmet under opvæksten, 36 % ustabile forhold, mens 23 % angiver, at forholdene var kaotiske. Det er således en stor andel af de behandlede borgere, der ikke er vokset op under stabile vilkår i barndomshjemmet. Figuren har 12 manglende besvarelser.

Har den ene eller begge dine forældre haft alkoholproblemer?



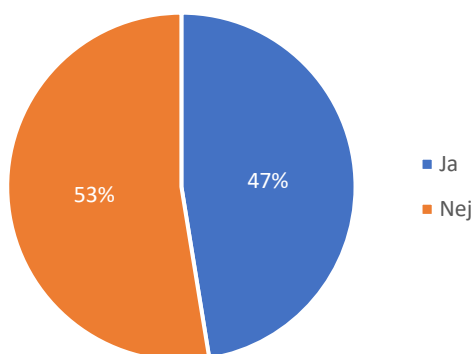
Figur 5.11 (N=426)

Har den ene eller begge dine forældre haft stofproblemer?



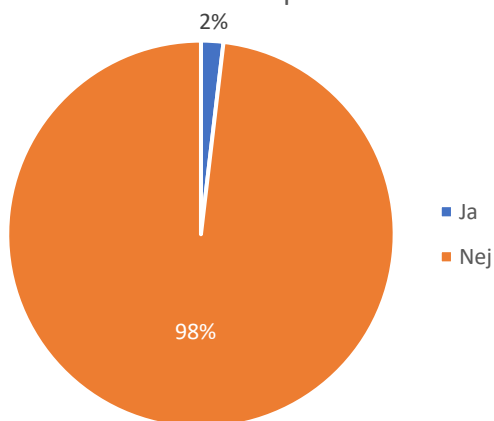
Figur 5.12 (N=400)

Har den ene eller flere af dine bedsteforældre haft alkoholproblemer?



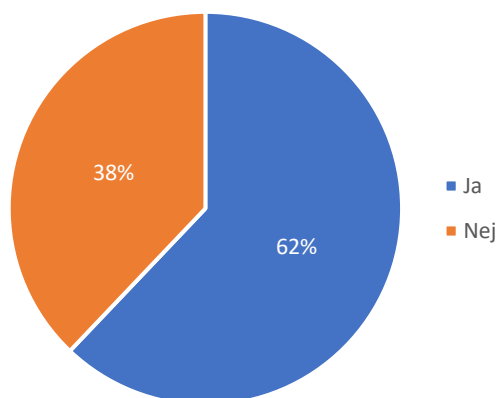
Figur 5.13 (N=331)

Har den ene eller flere af dine bedsteforældre haft stofproblemer?



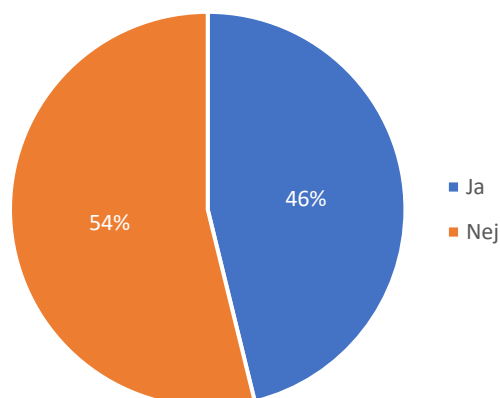
Figur 5.14 (N=322)

Har en eller flere af dine søskende haft alkoholproblemer?



Figur 5.15 (N=409)

Har en eller flere af dine søskende haft stofproblemer?



Figur 5.16 (N=392)

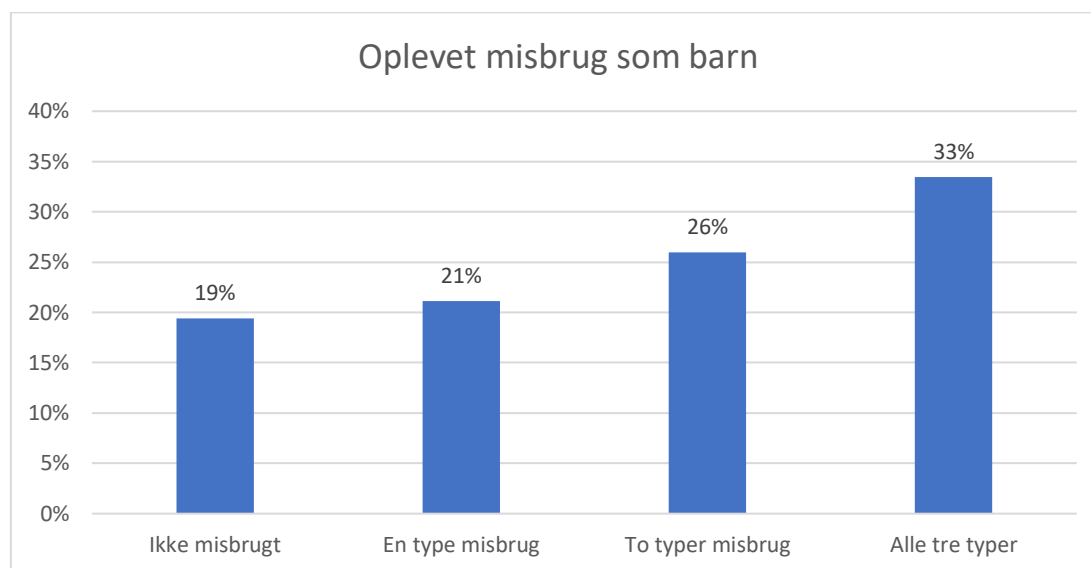
Af Figurene 5.11-16 fremgår de behandlede borgeres vurdering af rusmiddelproblemer blandt deres forældre, søskende og bedsteforældre. Det fremgår tydeligt af figurene, at rusmiddelproblemer ofte er et fælles problem i familierne.

I 2024 angiver 72 % af de behandlede borgere, at mindst én af deres forældre har haft et alkoholproblem, mens 29 % angiver, at mindst én af forældrene har haft et stofproblem (Figur 5.11 og 5.12, med henholdsvis 37 og 63 manglende besvarelser). For bedsteforældre angiver 47 % af borgerne, at mindst én har haft et alkoholproblem, hvilket er lidt højere end i 2022, men lavere end i 2023, hvor det for første gang var over halvdelen. Andelen med én eller flere bedsteforældre, der har et stofproblem, er fortsat lav og udgør 2 % i 2024 mod 3 % året før (Figur 5.13 og Figur 5.14, med henholdsvis 132 og 141 manglende besvarelser).

Betydningen af opvæksten fremgår også for andelen af borgere i behandling, der har søskende, som har eller har haft rusmiddelproblemer. I 2024 har 62 % af borgere i behandling mindst én søskende, der har eller har haft et alkoholproblem, mens 46 % svarer, at mindst én af deres søskende har eller har haft et stofproblem (Figur 5.15 og Figur 5.16, med henholdsvis 54 og 71 manglende besvarelser).

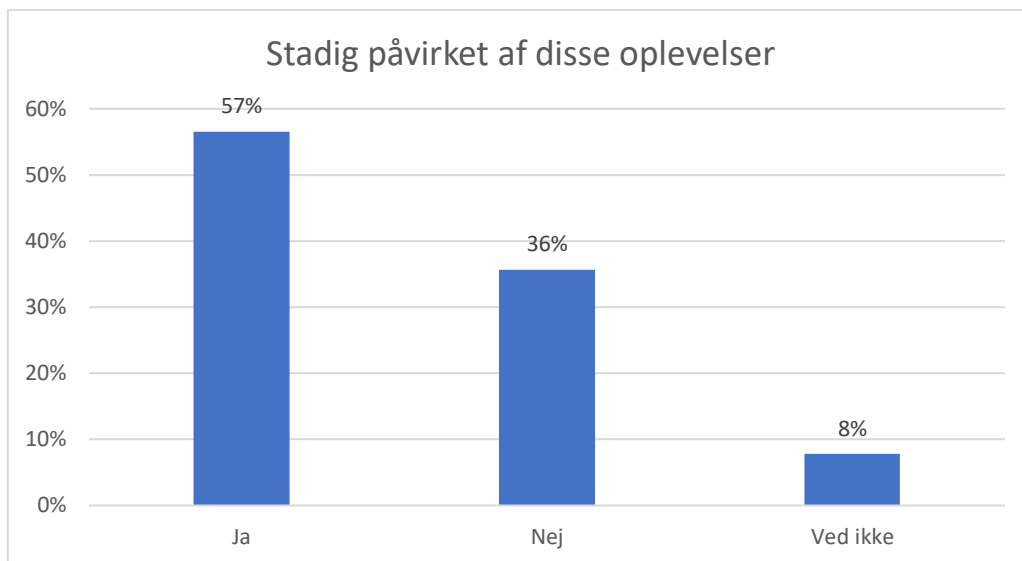
Oplevet fysisk, psykisk og seksuelt misbrug som barn

At have oplevet fysiske, psykiske eller seksuelle krænkelse som barn er blandt de opvækstvilkår, der har de største negative følger ind i voksenlivet. Nedenstående figur viser, hvor stor en andel af borgerne der har svaret, at de har været udsat for fysisk, psykisk eller seksuelt misbrug i barndommen, d.v.s inden de fyldte 18 år.



Figur 5.17 Oplevet fysisk, psykisk eller seksuelt misbrug som barn (N=454)

Som det fremgår af Figur 5.17, er det kun 19 % af borgerne i behandling i 2024, som ikke har oplevet enten fysisk, psykisk eller seksuelt misbrug i deres barndom. I alt har 21 % oplevet én type misbrug, 26 % to typer misbrug og 33 % alle typer af misbrug. Der er 9 manglende besvarelser til figuren.



Figur 5.18 Andel af borgere, der har oplevet misbrug, som stadig er påvirket af det (N=449)

Borgerne i behandling har ofte også følger af misbrug i barndommen på det tidspunkt, hvor de kommer i behandling. Figur 5.18 viser andelen af borgere, der har oplevet krænkelser, og som angiver, at de stadig er påvirket af det på behandlingstidspunktet. I alt 57 % oplever fortsat at være påvirket af krænkelserne, mens 36 % ikke er, og 8 % svarer 'ved ikke'. Der er 14 manglende besvarelser til figuren.

6. Årets tema: Gravide mødt i behandlingen i 2020 til 2024

Graviditet og barnets første leveår er perioder, hvor indsatser kan have stor betydning for barnets udvikling og trivsel, både på kort og lang sigt. Programmet "*Tidlig Indsats overfor gravide familier*" etableres i Grønland i 2007 med det formål at styrke forældreskabet og forebygge omsorgssvigt fra graviditeten og frem til barnets andet leveår. Evalueringen af indsatsen fra 2021 fremhæver, at gravide kvinder i sårbare positioner ofte har komplekse problemstillinger og kan have et særligt behov for støtte og opfølgning⁴.

Når en gravid kvinde samtidig har et rusmiddel- eller spilproblem, kan behovet for hjælp være særligt stort. Graviditeten og den første tid som mor er en periode, hvor tidlig behandling ikke kun kan forbedre kvindens egen trivsel, men også skabe bedre udviklingsmuligheder for barnet. Det er derfor vigtigt, at denne gruppe kvinder får tilbudt behandling i tide, eksempelvis ved Allorfik. Allorfiks mål er, at alle gravide, der henvises til behandling, skal have et tilbud indenfor 14 dage.

Der er ikke aktuelle tal for, hvor stor en andel af gravide familier, der indgår i Tidlig indsats eller hvor stor en andel af gravide, der har et rusmiddelproblem, men data fra Allorfik viser, at kun en meget beskeden del af de visiterede borgere er gravide kvinder. I perioden 2020 til 2024 udgør gravide kvinder mellem 1,6 % og 3,2 % af alle visitationer. Konkret er andelen 3,2 % i 2020, 1,6 % i 2021, 1,7 % i 2022, 2,2 % i 2023 og 2,0 % i 2024.

I dette kapitel undersøges karakteristika for gravide kvinder i behandling for rusmiddel- eller spilproblemer i perioden 2020 til 2024. Analysen baserer sig på data fra visitationsformularen, Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) og Behandlingsdatabasen.

Ved at sammenligne gravide kvinder i behandling med kvinder, der ikke er gravide, kan man få mere viden om, hvilke særlige behov de gravide kvinder kan have, og hvor der kan være behov for en særlig eller styrket indsats.

Gravide kvinder er identificeret via spørgsmål i visitationsformularen, hvor borgerne bliver spurgt, om de er gravide og/eller deler bolig med en gravid. For at kunne indgå i analysen skal kvinderne have svaret "Ja" til at være gravide og efterfølgende have besvaret KN-ASI-spørgeskemaet under behandlingen. Denne afgrænsning betyder, at de gravide kvinders data afspejler deres situation omkring opstart af behandlingen.

I alt er 92 kvinder gravide ved visitation i perioden 2020 til 2024. Heraf har 31 af kvinderne besvaret KN-ASI efter visitationstidspunktet og indgår derfor i analyserne. De resterende 61 kvinder har ikke besvaret KN-ASI efter visitationen, eksempelvis fordi de ikke er startet behandling eller har afbrudt behandlingsforløbet meget tidligt.

De gravide kvinder er i analysen sammenlignet med ikke gravide kvinder i behandling, der hverken er gravide eller deler bolig med en gravid på visitationstidspunktet. Det sidste er valgt for at sikre, at gruppen ikke omfatter kvinder, som potentielt kan være påvirket af at bo sammen med en gravid person.

Sammenligningsgruppen er således kvinder i behandling, der har besvaret KN-ASI-spørgeskemaet i perioden 2020 til 2024 og består af 824 kvinder i alderen 19-43 år. Gennemsnitsalderen blandt de gravide kvinder er 30,4 år, mens den for de ikke gravide kvinder er 33,3 år.

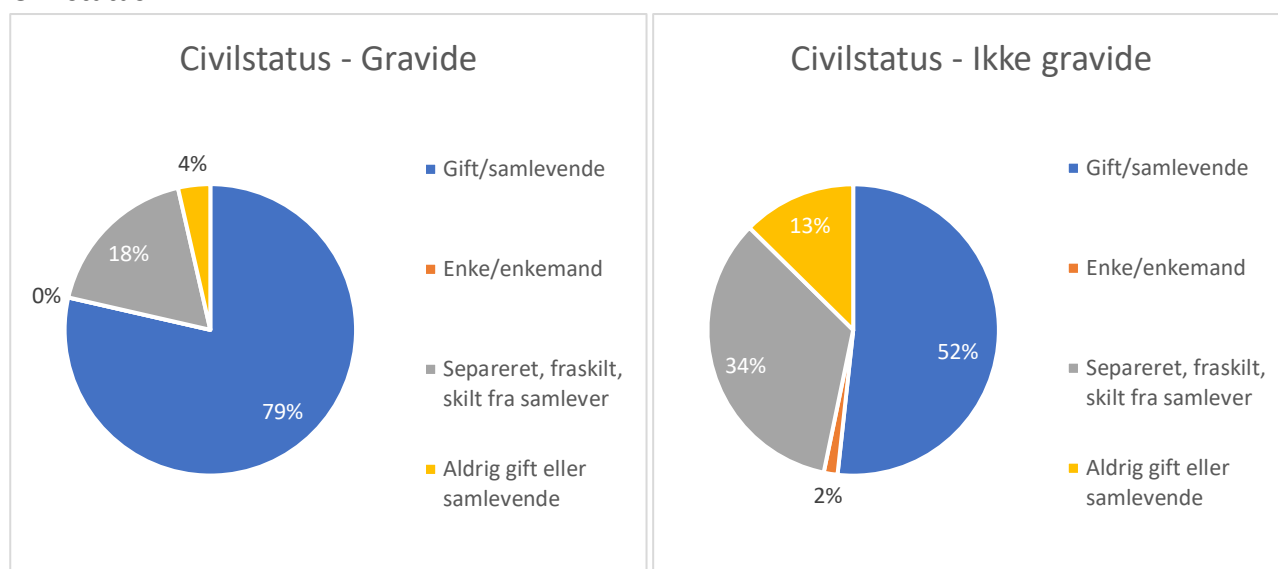
⁴ https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2022/tidlig_indsats

I det følgende undersøges en række temaer, som belyser gravide kvinders livsomstændigheder i forhold til ikke gravide kvinder i behandling. Temaerne er udvalgt, fordi de har betydning for trivsel, opvækst, sociale forhold og tilknytning til behandling.

Et tema er kvindernes sociale situation, hvor civilstatus, skoleuddannelse, videreuddannelse og beskæftigelse indgår. Et andet tema er opvækstforhold, herunder vurdering af hjemmets stabilitet og om forældre har haft problemer med alkohol, stoffer, spil eller psykisk sygdom. Herefter analyseres egen psykisk sygdom, oplevelse af fysisk, psykisk eller seksuelt misbrug i barndommen, samt behandlingsstatus.

Samlet giver de analyserede temaer et bredt billede af kvindernes tidligere og nuværende livsomstændigheder.

Civilstatus

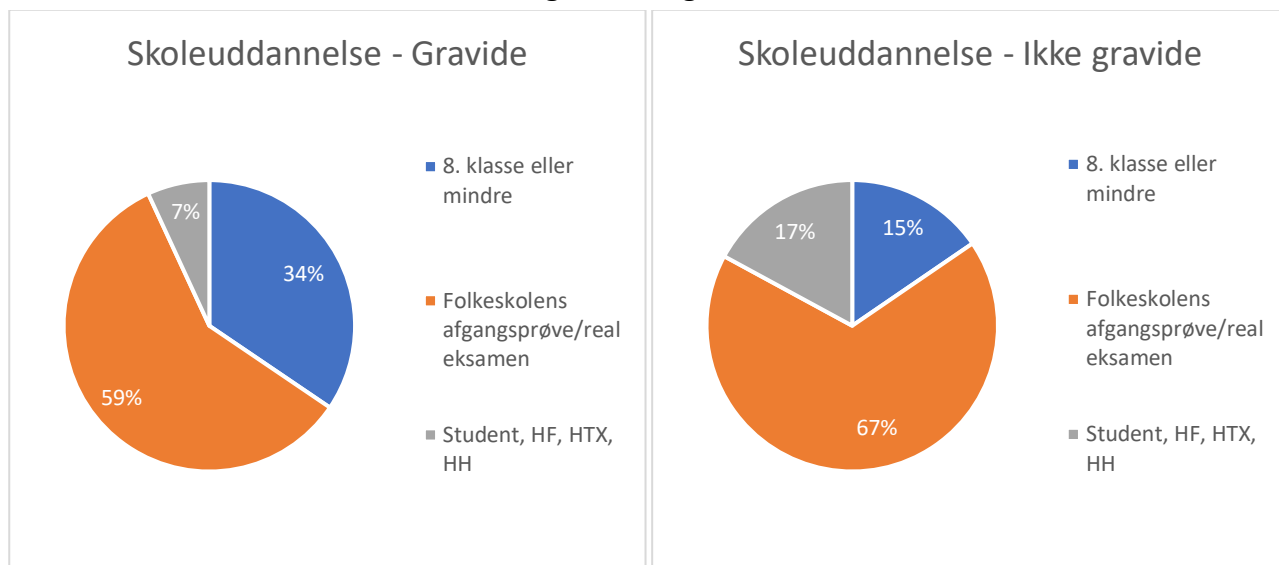


Figur 6.1 og 6.2 Civilstatus blandt henholdsvis gravide (N=28) og ikke gravide kvinder (N=785)

Som det fremgår af figur 6.1 og 6.2, er en større andel af de gravide kvinder gift eller samlevende (79 %) sammenlignet med ikke gravide kvinder (52 %). Dermed er andelen af gravide, der er separeret, fraskilt eller skilt fra samlever, lavere (18 %) end blandt de ikke gravide (34 %). Kun 4 % af de gravide kvinder har aldrig været gift eller samlevende, mens det gælder for 13 % af de ikke gravide. Der mangler 3 besvarelser blandt de gravide og 39 blandt de ikke gravide kvinder.

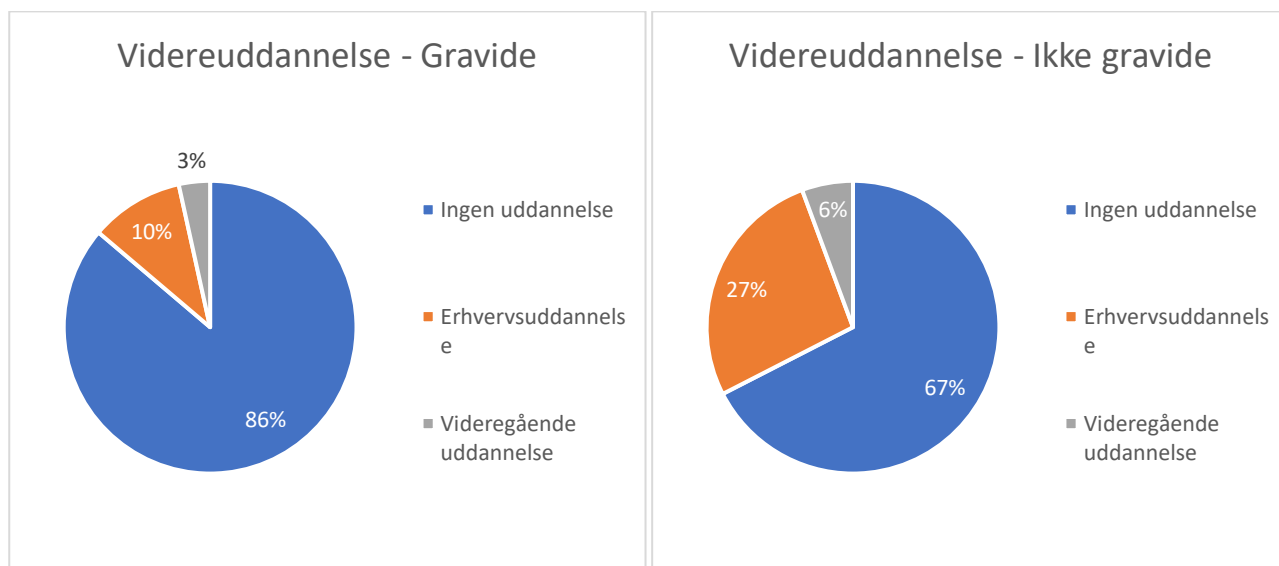
Samlet set er de gravide kvinder i højere grad i et parforhold ved visitation.

Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse



Figur 6.3 og 6.4 Skoleuddannelse blandt henholdsvis gravide (N=29) og ikke gravide kvinder (N=796)

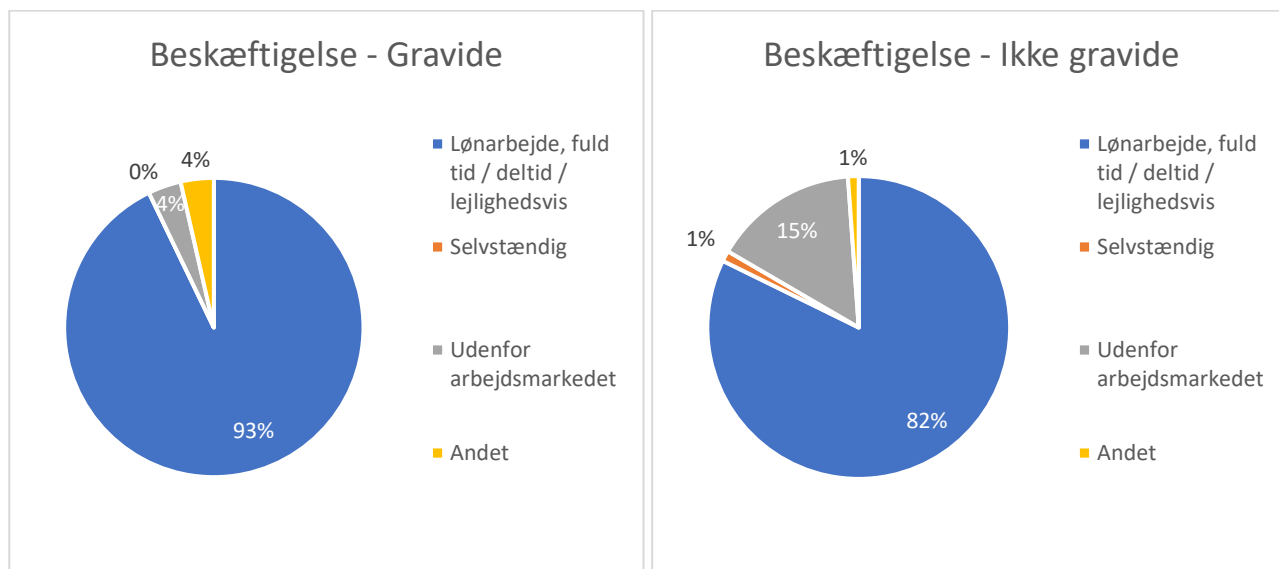
De gravide kvinder i behandling har generelt kortere skoleuddannelse end de ikke gravide. Figur 6.3 og 6.4 viser, at 7 % af de gravide kvinder har en gymnasial uddannelse eller højere, mod 17 % af de ikke gravide. Dermed har 93 % af de gravide skoleuddannelse til og med folkeskoleniveau, hvilket er væsentligt flere end blandt de ikke gravide, hvor andelen er 83 %. Der mangler 2 besvarelser blandt de gravide og 28 blandt de ikke gravide kvinder.



Figur 6.5 og 6.6 Videreuddannelse blandt henholdsvis gravide (N=29) og ikke gravide kvinder (N=796)

Forskellene i uddannelsesbaggrund mellem gravide og ikke gravide kvinder ses også i deres opnåede videreuddannelse (Figur 6.5 og 6.6) og samlet set har de gravide kvinder i behandling opnået et lavere uddannelsesniveau end de ikke gravide. Blandt de gravide har 86 % ikke gennemført nogen form for videreuddannelse, mens det samme gælder for 67 % af de ikke gravide. Kun 10 % af de gravide har en erhvervsuddannelse, mens det samme gælder for 27 % af de ikke gravide. Kun 3 % af de gravide har en videregående uddannelse, mens det samme gælder for 6 % af de ikke gravide.

nelse, mod 27 % i gruppen af ikke gravide. Andelen med en videregående uddannelse er lav i begge grupper, men dog dobbelt så høj blandt de ikke gravide (6 %) sammenlignet med de gravide (3 %). Der mangler 2 besvarelser blandt de gravide og 28 blandt de ikke gravide kvinder.

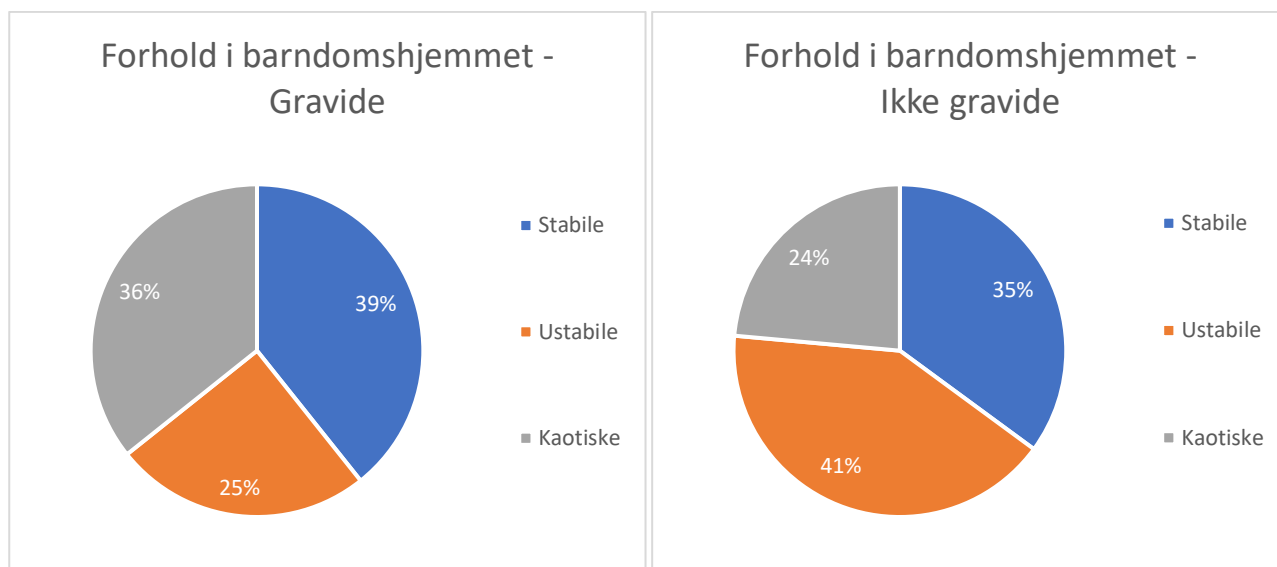


Figur 6.7 og 6.8 Beskæftigelse blandt henholdsvis gravide (N=28) og ikke gravide kvinder (N=789)

Figur 6.7 og 6.8 viser beskæftigelsesstatus for de gravide og ikke gravide kvinder. Generelt er færre gravide uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med de ikke gravide. I alt er 93 % af gravide i arbejde, mod 83 % blandt de ikke gravide. Kun 4 % af de gravide kvinder er uden beskæftigelse, mens det gælder for 15 % af de ikke gravide. Omvendt er en større andel af de gravide i beskæftigelse som enten lønmodtagere eller selvstændige. En lille andel på 4 % af gravide og 1 % af ikke gravide kvinder har svaret 'andet' og det vides ikke om de er i beskæftigelse eller ej. Der mangler 3 besvarelser blandt de gravide og 35 blandt de ikke gravide kvinder.

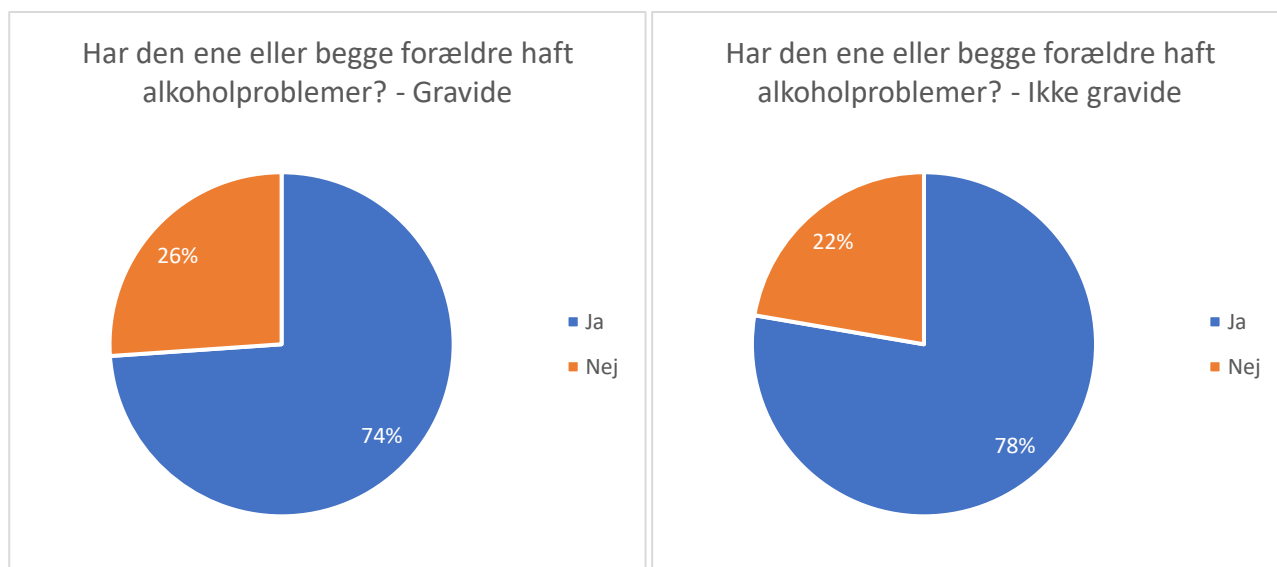
Forhold i barndomshjemmet

Som beskrevet i kapitel 5 har forholdene i barndommen stor betydning for udviklingen af rusmiddelproblemer senere i livet. Det er derfor også relevant at se nærmere på, hvordan de gravide og ikke gravide kvinder i behandling selv vurderer deres opvækst.



Figur 6.9 og 6.10 Forhold i barndomshjemmet blandt henholdsvis gravide (N=28) og ikke gravide kvinder (N=781)

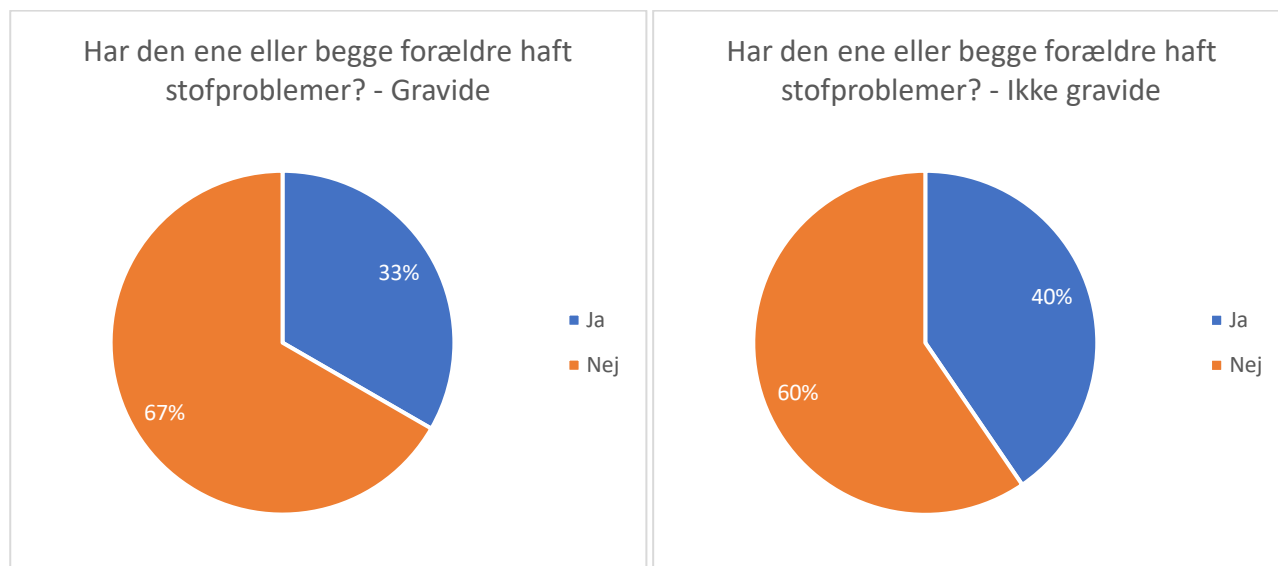
Mens andelen af kvinder, der vurderer forholdene i barndomshjemmet som stabile, er nogenlunde ens i de to grupper med 39 % blandt de gravide og 35 % blandt de ikke gravide, så adskiller grupperne sig i fordelingen mellem andelen, der er vokset op under ustabile og kaotiske forhold. Blandt de ikke gravide angiver 41 % opvæksten som ustabil, mens det gælder for 25 % af de gravide. Omvendt beskriver flere af de gravide forholdene som kaotiske, nemlig 36 % mod 24 % af de ikke gravide. Der mangler 3 besvarelser blandt de gravide og 43 blandt de ikke gravide kvinder. Det tyder på, at selvom lidt flere gravide kvinder har haft stabile forhold i hjemmet, har de samtidig i højere grad oplevet kaotiske forhold i opvæksten (Figur 6.9 og 6.10).



Figur 6.11 og 6.12 Andel af gravide (N=23) og ikke gravide kvinder (N=740), der angav at én eller begge forældre havde haft alkoholproblemer

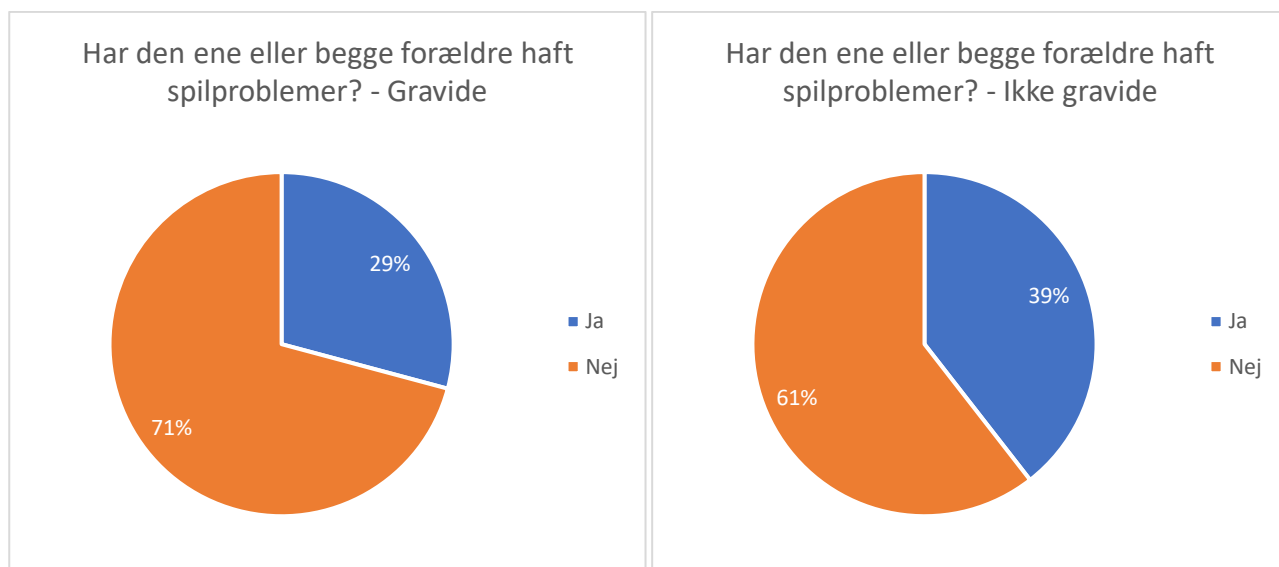
Samlet set viser Figur 6.11 til 6.16, at en lidt større andel af de ikke gravide kvinder har haft forældre med problemer relateret til alkohol, stoffer eller spil. Forskellene er ikke markante, men peger i samme retning på tværs af de tre problemtyper.

Forskellen mellem gravide og ikke gravide, på andelen, der voksede op med alkoholproblemer i hjemmet, er beskeden. Blandt de gravide kvinder har 74 % oplevet, at én eller begge forældre har haft alkoholproblemer. Hos de ikke gravide er andelen en smule højere med 78 %. (Figur 6.11 og 6.12). Der mangler 8 besvarelser blandt de gravide og 84 blandt de ikke gravide kvinder.



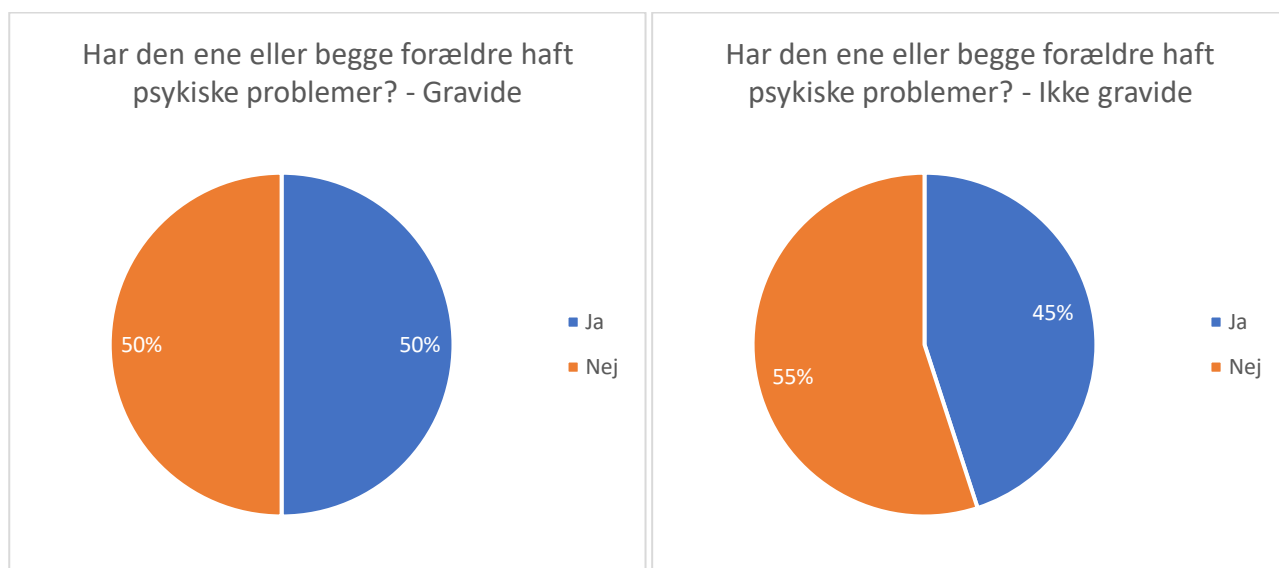
Figur 6.13 og 6.14 Andel af gravide (N=21) og ikke gravide kvinder (N=687), der angav at én eller begge forældre havde haft stofproblemer

Der er en større andel af ikke gravide kvinder, hvor én eller begge forældre har haft stofproblemer. I alt 33 % af de gravide kvinder angiver, at én eller begge forældre har haft stofproblemer, mens andelen blandt de ikke gravide kvinder er 40 %. (Figur 6.13 og 6.14). Der mangler 10 besvarelser blandt de gravide og 137 blandt de ikke gravide kvinder.



Figur 6.15 og 6.16 Andel af gravide (N=24) og ikke gravide kvinder (N=651), der angav at én eller begge forældre havde haft spilproblemer

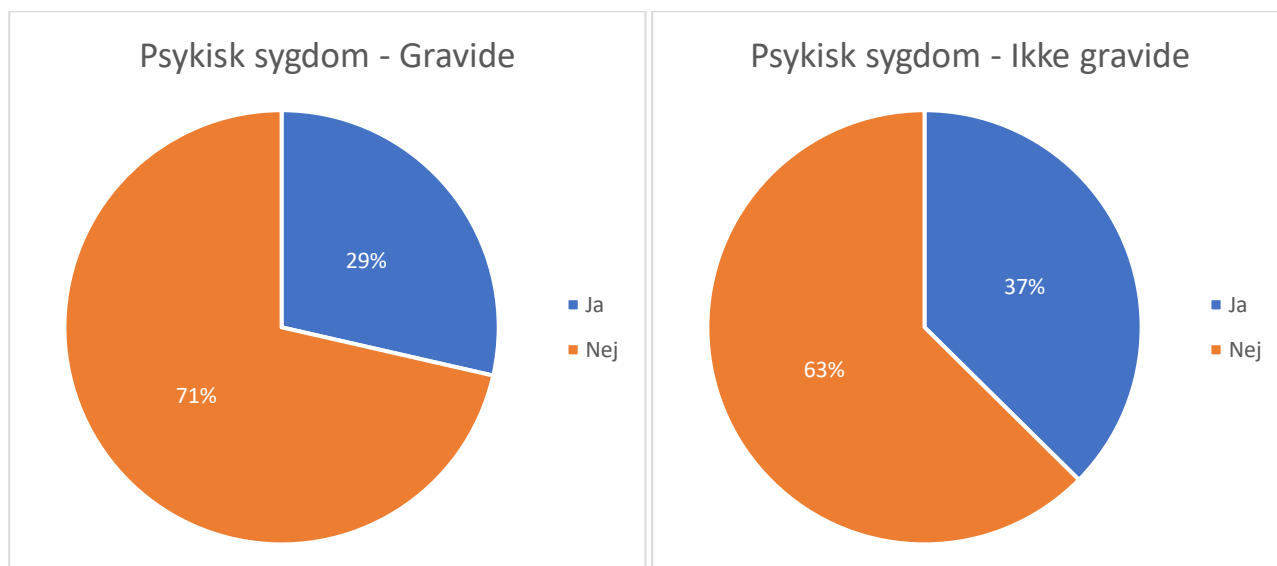
Lidt færre gravide (29 %) har oplevet, at én eller begge forældre har haft spilproblemer, mens det gælder for 39 % af de ikke gravide. (Figur 6.15 og 6.16). Der mangler 7 besvarelser blandt de gravide og 173 blandt de ikke gravide kvinder.



Figur 6.17 og 6.18 Andel af gravide (N=22) og ikke gravide kvinder (N=620), der angav at én eller begge forældre havde haft psykiske problemer

En høj andel af både gravide og ikke gravide kvinder angiver, at én eller begge forældre har haft psykiske problemer, og en lidt større andel af de gravide kvinder (50 %) har oplevet dette mod 45 % blandt de ikke gravide kvinder. Når det gælder psykiske problemer hos forældre, ses derfor et lidt andet mønster end ved alkohol, stoffer og spil (Figur 6.17 og 6.18). Der mangler 9 besvarelser blandt de gravide og 204 blandt de ikke gravide kvinder.

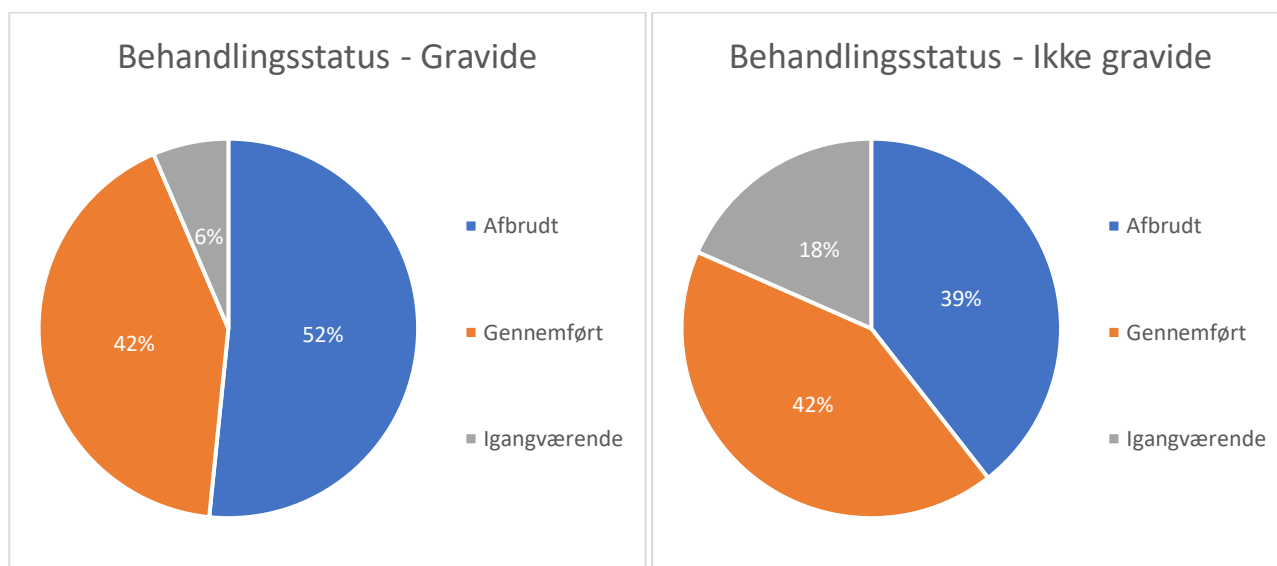
Psykisk sygdom



Figur 6.19 og 6.20 Andel gravide (N=28) og ikke gravide kvinder (N=778), som har eller har haft psykisk sygdom (Under indlæggelse eller ambulant)

En stor andel af kvinderne har forældre med psykisk sygdom, og det er derfor relevant at undersøge, om de selv har oplevet psykisk sygdom. I Figur 6.17 og 6.18 ses, at en større andel gravide end ikke gravide kvinder har forældre med psykiske problemer. Når det gælder egen psykisk sygdom, forholder det sig dog omvendt. Her angiver 29 % af de gravide kvinder, at de har eller har haft psykisk sygdom, men det gælder for 37 % af de ikke gravide kvinder (Figur 6.21 og 6.22). Der er henholdsvis 3 og 46 manglende besvarelser til de to figurer.

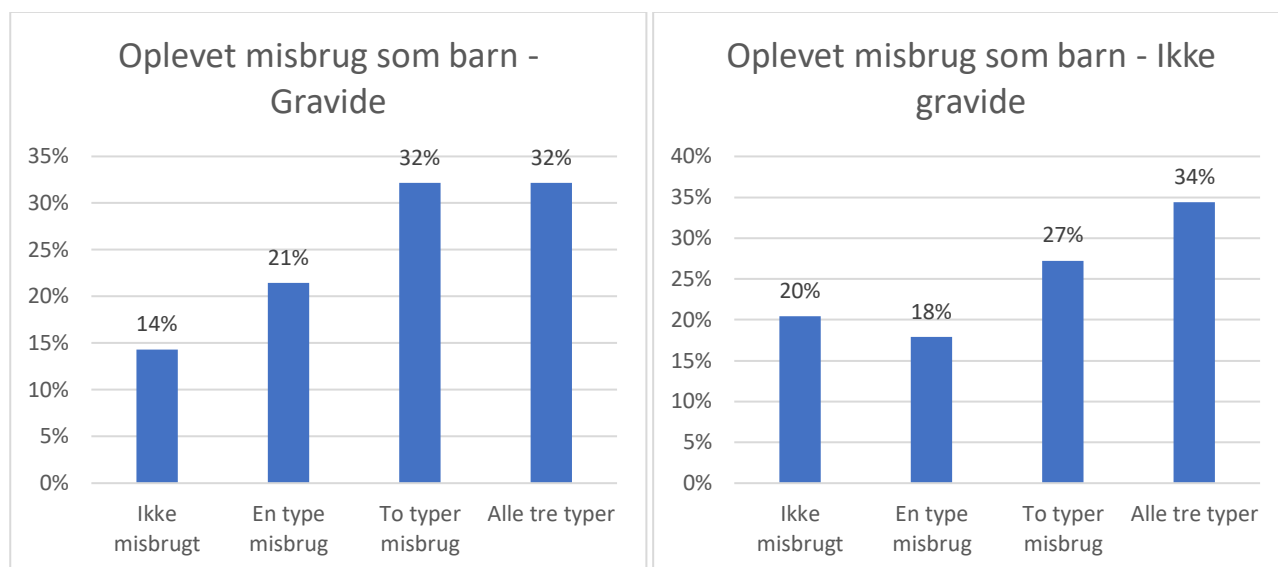
Behandlingsstatus



Figur 6.21 og 6.22 Behandlingsstatus for gravide (N=31) og ikke gravide kvinder (N=1245)
(Data stammer fra behandlingsdata og ikke Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI), som anvendes i resten af kapitel 6. Da spørgsmålene til KN-ASI først besvares et par uger inde i behandlingsforløbet, er N for behandlingsstatus større, fordi flere visiterede borgere falder fra inden besvarelsen.)

Behandlingsstatus blandt gravide kvinder adskiller sig fra ikke gravide. 52 % af de gravide kvinder har afbrudt behandlingen, mens 42 % har gennemført, og 6 % er fortsat i gang (Figur 6.21). Blandt de ikke gravide kvinder er andelen af de gennemførte behandlingsforløb den samme med 42 %, men færre har afbrudt behandlingen (39 %), hvormed en større andel er i gang med behandling (18 %) (Figur 6.22).

Oplevet fysisk, psykisk og seksuelt misbrug som barn



Figur 6.23 og 6.24 Oplevet fysisk, psykisk eller seksuelt misbrug som barn for gravide (N=28) og ikke gravide kvinder (N=782)

Figur 6.23 og 6.24 viser, hvor mange kvinder der har oplevet fysisk, psykisk eller seksuelt misbrug i barndommen. Kun en mindre andel blandt de gravide kvinder angiver, at de ikke har oplevet misbrug (14 %) sammenlignet med de ikke gravide (20 %). De gravide kvinder angiver generelt en lidt højere andel, både når det gælder oplevelsen af én type misbrug (21 % mod 18 %) og to typer misbrug (32 % mod 27 %). Derimod er andelen, der har været udsat for alle tre typer misbrug, lidt højere blandt de ikke gravide (34 % mod 32 %). Der er 3 manglende besvarelser blandt de gravide og 42 blandt de ikke gravide.

Sammenfatning

På grund af det store antal af gravide kvinder, der ikke har besvaret KN-ASI-spørgeskemaet må enhver konklusion af data ske med varsomhed.

Det ser dog ud til, at der er en række forskelle mellem de gravide og de ikke gravide kvinder i behandling i Allorfik. Det gælder specielt omkring civilstatus, uddannelse og beskæftigelse, idet de gravide kvinder oftere har kortere skolegang og lavere uddannelsesniveau, men i højere grad er i et parforhold og i beskæftigelse ved visitationstidspunktet. Det kunne være interessant gennem andre datakilder at uddybe de graviders arbejdsituation mere detaljeret, for eksempel at skelne mellem månedslønnede og timelønnede, da det blandt andet kan sige noget om graden af jobsikkerhed og adgang til arbejdsgiverbetalte goeder som løn under barsel og sygdom samt retten til at optjene betalt ferie.

Når det gælder opvækstvilkår, tegner der sig et blandet billede. De gravide har i højere grad end de ikke gravide oplevet kaotiske forhold i barndomshjemmet og er oftere blevet udsat for én eller to typer misbrug i barndommen. Til gengæld har flere af de ikke gravide kvinder været udsat for alle tre typer misbrug (fysisk, psykisk og seksuelt) og har oftere selv haft psykisk sygdom.

Særligt resultaterne vedrørende forhold i barndomshjemmet og erfaringer med misbrug i barndommen, ofte omtalt som ACE (Adverse Childhood Experiences), understreger betydningen af at medtænke denne del af borgernes baggrund i behandlingssammenhæng. Det er ikke alene rusmiddelforbruget, men også de livsbetingelser, borgerne bringer med sig, der har betydning for deres behov i behandlingen og for mulighederne for at skabe vedvarende forandring.

De fundne forskelle understøtter behovet for opmærksomhed på målrettede og differentierede indsatser for gravide kvinder i behandling, både for deres egen og deres kommende barns trivsel.

7. Planlagte indsatser under Allorfik i 2025

I 2025 vil de vigtigste indsatser ligge omkring:

- Arbejde videre omkring et egentligt ludomanibehandlingsforløb på grønlandsk i samarbejde med Center for Ludomani i Odense.
- Øgede udgående aktiviteter i alle Allorfikcentre er fortsat en del af planen for året.
- Fortsat styrke tilbuddet om videosamtaler over borgernes egne telefoner, tablets etc. Med video-konference-appen Pusa.
- Fortsætte at øge behandlingstilbuddet til unge med grupper for unge opvokset med rusmidler ud over behandlingsgrupper.
- Videreudvikling af behandlingstilbuddet for voksne med et endnu bedre tilbud for par og familier
- Styrke implementeringen af behandlingstilbuddet lokalt så de planlagte 2 årlige forløb i alle byer og et forløb i Qaanaaq, Ittoqqortoormiit og Kangaatsiaq afholdes og der tiltrækkes flere borgere til dem.
- Gennemføre brugertilfredshedsundersøgelser 2 gange årligt.
- Styrke samarbejdet med Tidlig indsats for gravide familier i samarbejde med jordemødre og sundhedsplejen.
- Styrke tilbuddet til borgere, der har haft selvmordsforsøg i samarbejde med psykiatrisk område
- Styrke henvisning ved at sikre henvisning gennem Sullissivik.

Indsatser, der fortsætter i 2025:

- Tilbyde forebyggelsesprojektet PAS / IKA på begge sprog til skolars ældste klasse og til andre uddannelsesinstitutioner.
- Tilbyde en 3 dages mininøglepersonuddannelse på begge sprog til personale på institutioner og i kommuner.
- Fortsætte informationsindsatsen til borgerne mhp. at øge befolkningens viden om behandlingstilbud og at behandling betaler sig økonomisk, socialt, psykisk og fysisk for den enkelte borger.
- Øge viden om behandlingstilbud i institutioner og på arbejdspladser gennem undervisning ude i virksomheder og på institutioner.
- Øge brug af medicinsk behandling ved problemer med alkohol.
- Kvalitetsaudit internt i Allorfikcentre to gange årligt.
- Fortsætte uddannelserne af nøglepersoner og rusmiddelbehandlere. Studieordningen for den grønlandske rusmiddelbehandleruddannelse er godkendt, men kan tidligst implementeres i 2026.
- Styrke datakvaliteten i visitationsdatabasen, behandlingsdatabasen og KN-ASI, herunder at sikre bedre indrapportering af data 3, 6 og 12 måneder efter endt behandling.
- Øge andelen af borgere, der henvises direkte fra Sundhedsvæsenet til samtale i Allorfik over Sundhedsvæsenets journalsystem Cosmic.